



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE

III Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária

Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Título Conferido: Mestre em Enfermagem

Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Martins

Co-Orientador: Professor Doutor António Reis do Arco



RELATÓRIO DE ESTÁGIO
DE
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Discentes:

Filipa José Simão Ribeiro

Março

2015

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre
III Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Martins
Co- orientador: Professor Doutor António Reis do Arco

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
DE
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

Discente:
Filipa José Simão Ribeiro

Março
2015

Dedicatória

A todos os que me apoiaram e incentivaram a começar e continuar uma longa “maratona” iniciada em Outubro de 2012, onde me deparei com vários obstáculos que tive que contornar e ultrapassar para poder atingir a “meta”.

À Professora Doutora Maria Filomena Martins, e ao Professor Doutor António Reis do Arco pela sua disponibilidade, apoio, orientação e percurso formativo que me proporcionou.

A todos os Professores do Curso, pela sua disponibilidade e dedicação.

Um especial obrigado também ao chefe e aos meus fantásticos colegas da Unidade de Cuidados Intensivo da ULSNA, que muitas vezes se tornaram disponíveis em trocar turnos para que pudesse responder às necessidades exigidas pelo Mestrado.

À minha Super Mãe Maria Teresa, pela sua compreensão interminável e amor incondicional.

Ao meu irmão Sérgio, por compreender o meu mau feitio, nas alturas de maior aperto.

A minha última dedicatória vai para o meu namorado Carlos, por todos os afectos que me deu, pelo amor, confiança, paciência, apoio, motivação, sorriso e conforto em momentos que se revelaram tão difíceis, ponderando inúmeras vezes desistir desta minha “maratona”.

A todos o meu **SINCERO e SENTIDO OBRIGADO**

Resumo

O presente Relatório reflete o percurso desenvolvido durante o estágio, realizado na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, visando o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e tendo por base o Diagnóstico de Situação da Saúde dos adolescentes das turmas de 7º e 8º ano, no ano letivo de 2012/2013 e a implementação de um Projeto de Intervenção.

O projeto desenvolvido insere-se no âmbito da Promoção da Saúde e Prevenção de comportamentos de risco na adolescência. Os adolescentes são considerados pela OMS, como um grupo que vivencia grandes mudanças a nível físico, psicológico, familiar e social sendo suscetíveis ao desenvolvimento de comportamentos de risco que se poderão perpetuar no futuro.

É com base neste raciocínio, que se torna essencial uma intervenção multisectorial, planeada entre os profissionais dos vários contextos em que os adolescentes se inserem, especialmente no contexto escolar onde estes passam muito do seu tempo.

O estágio, centrou-se nos hábitos de vida dos adolescentes, ou seja, conhecer os comportamentos de risco que os adolescentes praticam diariamente e através desses dados, programar um projeto de intervenção com vista à promoção de hábitos de vida saudáveis.

Para isso, foram desenvolvidas várias atividades, nomeadamente reuniões com os docentes dado que, estes são elementos chave neste processo pela convivência e partilha de experiências diárias com os adolescentes, e sessões de educação para a saúde.

Na realização da intervenção foi utilizada a Metodologia do Planeamento em Saúde e as sessões de educação para a saúde sustentaram-se na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura.

Foram abrangidos 232 adolescentes, num total de 269, (no momento da aplicação do questionário) na Intervenção de Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis dos adolescentes.

Nesta intervenção obtivemos mais de 95.5% dos questionários respondidos com posicionamento na escala de satisfação na categoria de Satisfeito ou mais.

Este relatório retrata o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, que através das suas competências específicas, adequa as práticas, aplica um Planeamento em - Saúde eficaz, mobiliza os recursos comunitários e as equipas, na busca da excelência nos cuidados de Enfermagem prestados e de ganhos de Saúde da comunidade.

Palavras-Chave – Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde, Adolescentes, Planeamento em Saúde, Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária.

Abstract

This report reflects the covered path during the traineeship at Mouzinho da Silveira Secondary School, aimed at developing the skills as Specialist Nurse in Community Nursing based on the Health Status Diagnosis of teenagers from the 7th and 8th Year, in the academic year of 2012/2013, and the implementation of an Intervention Project.

The developed project falls within the scope of Health and Risky Behaviours Prevention in adolescence. The teens are considered by the OMS as a group that experiences big changes at a physical, psychological, familiar and social level being susceptible to the development of risky behaviours that they can perpetuate in the future.

Based on this way of thinking, it is essential a multisectoral intervention, planned between the professionals from the several realities where the teens fall, particularly at the school where they spend a lot of their time.

The traineeship gathered around the teens' lifestyle, getting to know the risky behaviours that they practice on a daily basis and, based on that data, to plan an intervention project centered in the promotion of healthy lifestyles.

For that, several activities were developed, namely meetings with the teachers, because they are key elements in this process by the familiarity and the daily share of experiences with the teens and also health education sessions.

In this intervention it was used the Health Planning Methodology and the education sessions held in Bandura's Social Learning Theory.

232 teens were covered, at a total of 269, (when the questionnaire was applied) in the Promotion of Healthy Lifestyles Intervention.

In this intervention we had more than 95,5% of the questionnaires placed in the Satisfaction scale in the Satisfied or more category.

This report portrays the role of the Specialist Nurse in Community Nursing, which, through its specific skills, uses suitable practices, applies an effective Health Planning and employs the community resources and the teams, searching for excellence at the Health care given and the community health gains.

Key-words: Community Nursing, Health Promotion, Teens, Planning in Health, Nurse Specialist Community Health.

Abreviaturas e Símbolos

AVC- Acidente Vascular Cerebral

DC – Doença Coronária

CDC-Center for Disease Control

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EU- União Europeia

EpS- Educação Para a Saúde

EPS – Escola Promotora de Saúde

ESMS – Escola Secundária Mouzinho da Silveira

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

INC – Internacional Council of Nurses

IPJ – Instituto Português da Juventude

IST – Infecção Sexualmente transmissível

IUHPE- International Union for Health Promotion and Education

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

USF- Unidade de Saúde Familiar

UCSP – Unidade De Cuidados de Saúde Personalizados

Índice

	f.
INTRODUÇÃO	9
I – REFERENCIAL TEÓRICO	18
1 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	19
2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE	30
2.1 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA ESCOLA EM PORTUGAL	38
3 – ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS	44
3.1 – ADOLESCÊNCIA: A FAMÍLIA, OS PARES E A SOCIEDADE	51
3.2 – COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA	56
4- ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	67
4.1- AS COMPETÊNCIAS E A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	69
4.1.1 – Teoria da Aprendizagem Social de Bandura	74
II – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	78
1 – ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA	79
1.1 – PRINCÍPIOS E VALORES	81
III – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	82
1 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS ADOLESCENTES DA ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA	83
1.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	83
1.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	96
1.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	98
1.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	106
1.5 – ELABORAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS	110
1.6 – PREPARAÇÃO PARA A EXECUÇÃO/EXECUÇÃO	113
1.7 – AVALIAÇÃO	119
IV – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA	127
1 – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS	128
CONCLUSÃO	137
BIBLIOGRAFIA	143

APÊNDICES EM FORMATO CD- ROM.....	164
APÊNDICE I – Apresentação em Power-Point da Sessão sobre o Consumo de Álcool e Drogas	
APÊNDICE II – Filme sobre Consumo de Álcool e Drogas	
APÊNDICE III – Apresentação do Diagnóstico de Saúde aos Professores da ESMS	
APÊNDICE IV – Apresentação do Diagnóstico de Saúde efetuado aos adolescentes da ESMS aos alunos do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSP	
APÊNDICE V – Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes	
APÊNDICE VI – Projeto de Estágio- Grupo	
APÊNDICE VII– Projeto de Estágio - Individual	
APÊNDICE VIII- Apresentação em Power-Point da Sessão sobre Bullying na Escola	
APÊNDICE IX- Folheto Ilustrativo sobre Bullying na Escola	
APÊNDICE X - Apresentação em Power-Point da Sessão sobre Sexualidade na Adolescência	
APÊNDICE XI – Cronograma das Sessões de Intervenção Comunitária na área da Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis	
APÊNDICE XII – Especificação detalhada das Atividades	

Índice de Tabelas

f.

Tabela nº1 – Objetivo Especifico 1, Indicadores de Atividade ou Execução, Atividades e Metas	102
Tabela nº 2- Objetivo Especifico 2, Indicadores de Atividade ou Execução, Atividades e Metas	103
Tabela nº3- Objetivo Especifico 3, Indicadores de Atividade ou Execução, Atividades e Metas	104
Tabela nº 4- Objetivo Especifico 4, Indicadores de Atividade ou Execução, Atividades e Metas	105
Tabela nº 5 - Preparação da Execução para a Estratégia da Intervenção Comunitária	115
Tabela nº 6 – Distribuição dos adolescentes segundo a Idade	122
Tabela nº 7 – Distribuição dos adolescentes segundo o Género	122
Tabela nº 8 – Distribuição dos adolescentes segundo o Ano de Escolaridade.....	122
Tabela nº 9 – Distribuição dos adolescentes quanto ao grau de satisfação relativamente ao modo como se sentiram durante a sessão	123
Tabela nº 10 – Distribuição dos adolescentes quanto ao grau de satisfação relativamente à Pertinência dos Temas Abordados	123
Tabela nº 11 – Distribuição dos adolescente quanto ai grau de satisfação relativamente ao Modo como os Temas foram Abordados	124
Tabela nº 12 – Distribuição dos adolescentes quanto ao grau de satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas	124
Tabela nº 13 – Distribuição dos adolescentes quanto ao grau de satisfação relativamente às suas expectativas em relação à sessão	124
Tabela nº 14 – Distribuição dos adolescentes quanto ao grau de satisfação relativamente à Sessão em Geral	125

INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório de Estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Saúde Comunitária, correspondendo à Unidade Curricular Estágio e Relatório, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Portalegre (ESSP).

Foi orientado pela Professora Filomena Martins, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Pública, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Enfermagem e pelo Professor António Reis do Arco, Licenciatura em Enfermagem, Mestre em Ciências da Educação e Doutorado em Educação

Este pretende compilar o percurso desenvolvido ao longo do estágio que se desenvolveu entre 16 de Setembro de 2013 e 31 de Janeiro de 2014, sendo composto por uma área de intervenção comunitária, no âmbito da educação para a saúde tendo como enfoque os hábitos de vida saudáveis dos adolescentes, que se realizou na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, visando o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem avançada não só a grupos, mas também famílias e comunidades.

Para a consecução foram definidos como **objetivo principal**:

- ✓ Descrever e analisar a Intervenção Comunitária realizada na ESMS;

E como **objetivos específicos**:

- ✓ Descrever as atividades realizadas durante o estágio, fazendo referência aos modelos teóricos que me suportaram na prática.
- ✓ Refletir sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio, e o modo como diligenciaram a formação do meu perfil de Enfermeiro Especialista em saúde Comunitária.
- ✓ Refletir de forma crítica acerca das competências adquiridas ao longo do estágio.

A escolha do local de estágio deveu-se sobretudo um pedido formal efetuado pela Diretora da Escola Secundária Mouzinho da Silveira (ESMS), no sentido da ESSP colaborar na realização de sessões de educação para a saúde no âmbito da promoção de hábitos de vida saudáveis.

Depois de debatidos e discutidos alguns pormenores relativamente ao que se pretendia realizar, definiu-se o local de estágio e seguiu-se a realização do projeto de estágio de grupo (Apêndice I), assim como, o Projeto de estágio individual (Apêndice II), porque apesar de, os objetivos e atividades a desenvolver serem comuns a todos os elementos do grupo, na realização do projeto individual cada um de nós pode, oportunamente, definir e realçar algum

aspecto importante a nível pessoal de forma mais específica, que fariam sentido fortalecer durante o estágio.

Cada vez mais a Promoção da Saúde tem vindo a ser considerada como o processo para obter ganhos em saúde, através do aumento da capacidade dos indivíduos para gerirem a sua própria saúde (Declaração de Jacarta, 1997). Esta abordagem deve ser integrante das políticas e programas públicos, como forma de atingir equidade e melhor saúde para todos (Declaração do México, 2000). É nesta lógica de Promoção de Saúde, que o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária intervém junto do indivíduo/grupos/comunidade, assumindo um papel fundamental no diagnóstico, planeamento e intervenção na saúde, visando um envolvimento e capacitação que os permita gerir a sua própria saúde. Tal como referido na Declaração de Alma-Ata (1978), as populações devem assumir um envolvimento e participarem no planeamento e na prestação de cuidados de saúde.

A adolescência constitui-se “num processo dinâmico de passagem entre a infância e idade adulta que é caracterizada por grandes transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas e sociais, experienciadas num determinado contexto e cultura” (Lima, 2008 citado por Mota,2011:8).

Estas mudanças no desenvolvimento provocam instabilidade, podendo conduzir a profundas alterações na vida do indivíduo, determinando a sua saúde e bem-estar, bem como daqueles que o rodeiam. Este facto, justifica a pertinência de uma intervenção de Promoção de Saúde neste grupo etário, visando a aquisição de comportamentos saudáveis e a prevenção de comportamentos de risco que se poderão perpetuar na vida adulta.

As maiorias dos hábitos de vida não saudáveis iniciam-se na adolescência.

Diversas doenças da atualidade devem-se a hábitos alimentares incorretos e a inatividade física, tornando-se um dos maiores desafios para a Saúde Pública.

Assim, a adoção de estilos de vida saudáveis, desde a alimentação equilibrada, ao exercício físico, e à qualidade do sono e repouso, tendo em conta a promoção da saúde, pode ajudar a aumentar os níveis da saúde quer física quer psíquica.

O conceito de Promoção da Saúde tem sido relacionado com a educação para a saúde. No entanto, e de acordo com Stanhope (1999:980 citado por Mota, 2011:8) “ a Promoção da Saúde diz respeito a uma atividade mais alargada e a Educação para a Saúde como uma técnica/estratégia para a alcançar”. Poder-se-á então dizer, que a promoção da saúde consiste num conjunto de atividades de educação que visam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis (Stanhope, 1999 referenciado por Mota,2011:8).

Através da Educação para a Saúde é possível envolver os adolescentes na construção e na manutenção do seu potencial de saúde, tendo o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária um papel fundamental de mentor neste processo de capacitação.

Segundo Gomes (2002:57 citado por Mota, 2011:9) a pessoa deve adotar uma atitude participativa ao longo do seu processo de saúde. Para isso necessita de três características essenciais: “(...) tem que ser ativa, isto é, o indivíduo tem que ter de fato poder de decisão; implica o direito e responsabilidade das pessoas fazerem escolhas e de terem controlo sobre as decisões que afetam as suas vidas (...)”.

Ao longo desse processo, a pessoa deve estar investida de poder (*empowerment*) para que possa decidir sobre assuntos que lhe digam respeito, nomeadamente os que se relacionam com os seus estilos de vida e a sua saúde (Gomes, 2002 referenciado por Mota, 2011)

O Enfermeiro conjuntamente com o adolescente deve fazer um levantamento das necessidades e dos recursos que ele dispõe, potenciando capacidades no sentido de colmatar as necessidades e superar as dificuldades relacionadas com a sua saúde. Este processo visa igualmente uma responsabilização pelas suas escolhas e uma autonomia crescente para a tomada de decisão sobre a sua saúde.

O reconhecimento da importância da intervenção neste grupo etário, associada à motivação pessoal e às necessidades de intervenção neste grupo, expressas pela orientadora de estágio, constituíram-se fatores preponderantes para a escolha dos adolescentes como população-alvo da intervenção ao longo do estágio realizado.

Neste sentido, e tendo em conta o objetivo de desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada à comunidade adolescente, desenvolvi o meu estágio na Escola Secundária Mouzinho da Silveira- Portalegre.

Após um prévio conhecimento destes contextos, foram definidos os seguintes objetivos gerais do estágio:

✓ Contribuir para a aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes do 7º e 8º Ano, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre.

E como objetivos específicos:

- ✓ Promover e proteger a Saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- ✓ Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- ✓ Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis.
- ✓ Proporcionar aos adolescentes um momento de discussão e reflexão sobre hábitos de vida, considerando como ponto de partida para a reflexão os seus próprios hábitos diários.

✓ Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito de Hábitos de Vida Saudáveis.

Para a consecução destes objetivos foi desenvolvido um projeto de intervenção sustentado num diagnóstico de saúde e tendo como base a metodologia de Planeamento em Saúde. Esta metodologia consiste num conjunto de instrumentos de racionalização de decisões das ações que visam transformar uma determinada realidade. Baseia-se num diagnóstico de situação, no levantamento dos recursos disponíveis, na definição de objetivos e fixação de prioridades, no estabelecimento das atividades a desenvolver e na seleção dos meios/estratégias para atingir as metas propostas. A avaliação também se constitui numa etapa importante do Planeamento em Saúde, explícita igualmente neste relatório, caracterizando-o como um processo permanente e em constante evolução. (Imperator e Giraldes, 1993).

O relato da experiência que decorreu desse estágio, bem como a necessária pesquisa bibliográfica, constituem o presente relatório.

Nas últimas décadas, ocorreram mudanças significativas no quotidiano das populações que influenciam negativamente a sua saúde. Algumas destas mudanças são a crescente urbanização, o envelhecimento da população devido ao aumento da esperança média de vida, aumento do stress, maior poluição ambiental e horários comprometedores das refeições domiciliárias e em família. Estas mudanças têm-se repercutido no estilo de vida das populações, favorecendo o sedentarismo, o ritmo de vida acelerado e a mudança dos hábitos alimentares (Dores *et. al*, 2008 citado por Brito, 2012:30)

O reflexo, porém, é que este modo de viver tem prejudicado muito a qualidade de vida da população.

A área da saúde não é exceção, e, como tal, ao longo dos anos, têm surgido novas ameaças à saúde da população mundial, particularmente o envelhecimento, o urbanismo, o aumento do desemprego, o aumento da prevalência das doenças crónicas e do sedentarismo, o aumento da toxicodependência e da violência, o aparecimento de novas doenças infecciosas e problemas mentais.

Os adolescentes, como sabemos não são exceção e, estão envolvidos em todo este processo acelerado de mudanças em torno da sua vida social, económica, escolar e também no seu processo de saúde/doença.

Por este motivo, são necessárias rápidas ações interventivas no sentido de, travar o desenvolvimento de comportamentos potencialmente perigosos e que possam por em risco a vida destes jovens.

No Plano nacional de Saúde (PNS) (2004-2010), encontram-se disponíveis os *Settings* a privilegiar nesta fase do ciclo de vida, e que incluem as unidades de saúde, para além do trabalho com as instituições do Ministério da Educação e do Ministério da Ciência e Ensino Superior, pois é em meio escolar que o adolescente concretiza grande parte da sua vida.

“entre os jovens, verifica-se um aumento do sedentarismo, de desequilíbrios nutricionais, particularmente importante (...) da maternidade e paternidade precoces, em particular, em adolescentes com menos de dezassete anos, e de comportamentos potencialmente aditivos, relacionados nomeadamente com o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas”. (PORTUGAL, 2004a:31)

Para que, esta faixa etária possa ser salvaguardada, o PNS confinou diretrizes astuciosas, no sentido de findar com os problemas identificados, considerando que:

- ✓ “Os adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST (...)
- ✓ Há que persistir, também, no reforço das atividades de educação nas áreas da sexualidade e reprodução (...)
- ✓ Para reforçar uma abordagem global preventiva dos comportamentos de risco para a saúde dos jovens serão ampliadas as valências de atendimento dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) e demais estruturas de prevenção do atual Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) (...)
- ✓ Serão estabelecidas parcerias com outras instituições e sectores, nomeadamente a educação, para uma abordagem integrada da saúde dos adolescentes, incluindo a possibilidade de se criarem Departamentos de Saúde no seio das próprias instituições de ensino, e do desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prestação de cuidados nos serviços oficiais de saúde.
- ✓ Nesta fase do ciclo de vida, serão priorizadas intervenções a incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura”.

(PORTUGAL, 2004a:31)

“A escola ocupa um lugar central na ideia de Saúde. Aí aprendemos a configurar as ‘peças’ do conhecimento e do comportamento que irão permitir estabelecer relações de qualidade. Adquirimos, ou não, ‘equipamento’ para compreender e contribuir para estilos de vida mais saudáveis, tanto no plano pessoal como ambiental (estradas, locais de trabalho, praias mais seguras), serviços de saúde mais sensíveis às necessidades dos cidadãos e melhor utilizados por estes”.
(Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde, 1999 citado por DGS, 2006b:2)

Em Portugal, a Saúde Escolar ao longo da sua história, iniciada em 1901 e mantida durante todo o século XX, tem estado submetida a diferentes reformas, numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de Saúde emergentes. (DGS,2006b)

Contudo, é desde 2002, que o Ministério da Saúde tem a tutela da Saúde Escolar, competindo a sua implementação, no território nacional, aos Centros de Saúde. A orientação técnico-normativa tem sido, até agora, o Programa-tipo de Saúde Escolar, aprovado em 1995 e vocacionado para a elevação do nível educacional e de saúde da população escolar.

No entanto, verificaram mudanças significativas nos sistemas de Saúde e de Educação: novas estratégias, novas formas de gestão, novas orgânicas em ambos os Ministérios. Assim, estabelecem-se novas formas de operacionalizar a Saúde Escolar e de avaliar o seu impacto, tendo sempre em conta que a Escola deve continuar a ser a grande Promotora da Saúde. (DGS, 2006b)

Como já foi referido, com a aprovação do PNS (2004-2010), são definidas prioridades de Saúde baseadas na evidência científica, com o objetivo de obter ganhos em Saúde a médio e longo prazo. Constatamos que, em termos legislativos, Portugal começa a dar alguns passos para que se diligenciem diretrizes na promoção de hábitos de vida saudáveis nos adolescentes.

Pois tal como refere a DGS (2006b:4) “a estratégia de implementação do Plano passa por uma abordagem dos determinantes da saúde, através de programas nacionais, desenvolvidos nos ambientes onde as pessoas vivem, trabalham e estudam, em colaboração com os múltiplos sectores que contribuem para a saúde”.

O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre fatores Determinantes da Saúde relacionados com os estilos de vida inscreve-se no PNS e “visa reduzir a prevalência dos fatores de risco (...) e aumentar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida”. “As atividades que preconiza deverão ser orientadas para determinantes da Saúde, como a alimentação, a atividade física e a gestão do stress e os fatores de risco como o tabaco e o álcool (...), a abordar de forma integrada, intersectorial e multidisciplinar, onde a articulação com o sector da educação é indispensável”. (DGS, 2006b:4)

Com o aparecimento e implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), a realidade da Saúde escolar tem vindo a sofrer transformações. Hoje, ao mesmo tempo que recriamos as áreas existentes, assistimos à emergência de novos desafios, pelo que urge adequar o Programa a essa realidade, sem receio de perdermos a nossa identidade.

Verificamos que, muitas vezes quer os pais quer os professores se descartam do seu papel de educadores e como tal,

“os enfermeiros como profissionais de saúde com uma formação orientada para a saúde e para a pessoa na sua totalidade e enquadramento sócio-familiar, atuam nas diversas áreas, preventiva, curativa e, em particular, na educação em saúde, constituindo a saúde dos adolescentes uma interface da sua atuação” (Oliveira et al, 2008, citados pelo Conselho de Enfermagem, 2009: 4)

Apesar disso a DGS (2006b:6), realça que “a maior parte dos problemas de Saúde e de Comportamentos de Risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de Programas de Saúde Escolar efetivos”.

Assim, o PNSE, “é o referencial técnico-normativo do sistema de saúde para a área da saúde escolar, consubstancia-se num conjunto de estratégias ou Agenda de Saúde Escolar, baseada nas prioridades nacionais e nos problemas de Saúde mais prevalentes na população juvenil e (...) o trabalho de parceria Escola - Centro de Saúde assenta numa metodologia de projeto e numa abordagem salutogénica da promoção da saúde” (DGS,2006b:7).

Assim, e no que diz respeito à Intervenção Comunitária na área dos Hábitos de vida saudáveis dos adolescentes, em relação à Escola Secundária Mouzinho da Silveira, pusemos em prática a Metodologia do Planeamento em Saúde e, como tal, encetámos pela primeira etapa que é o Diagnóstico da Situação, o qual apresentou as seguintes conclusões:

✓ Os adolescentes inquiridos revelaram predominantemente comportamentos de vida saudáveis.

✓ Constatámos que, as áreas que se podem considerar mais problemáticas, referem-se ao **consumo de álcool e drogas**, não pelo fato de serem consumidores ativos, mas por terem já tido experiências com estas substâncias; **Violência na Escola**, onde os adolescentes demonstraram que é uma situação mais recorrente entre o sexo feminino, sendo que o tipo de violência referido foi a violência verbal, seguida da violência psicológica e por fim a física, no caso das raparigas. Nos rapazes a violência física é mais utilizada. A violência sexual foi mencionada apenas por uma aluna; **A Sexualidade**, apesar de a amostra não ser significativa para respostas **SIM** para o início da atividade sexual, 21 rapazes e 11 raparigas referiram já o ter feito. Assim, e porque os pares exercem uma forte influência uns nos outros, considerámos primordial abordar essa temática nas nossas sessões de Educação para a Saúde. Preocupante também é o grande número, principalmente de adolescentes do sexo feminino, que referem não falar com ninguém sobre esta temática.

Após a análise das conclusões do diagnóstico de situação, passámos às etapas seguintes do Planeamento em Saúde, **a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos, a preparação da execução, a execução e a avaliação**, as quais explicitarei no capítulo III deste relatório.

“A Enfermagem Comunitária de Saúde Pública, desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crônicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica”.

(Ordem dos Enfermeiros, 2010:1).

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, desenvolve um entendimento profundo sobre as respostas dos indivíduos aos processos de vida e aos problemas de Saúde, e uma enorme capacidade para responder de forma apropriada dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando efetivos ganhos em saúde.

Tendo em conta o todo o processo formativo especializado do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, esta permitiu-lhe adquirir competências que lhe possibilitam uma participação ativa na avaliação multicasual e nos processos de toma de decisão dos principais problemas de Saúde Pública e no desencadeamento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de Saúde coletiva ao exercício da cidadania. Desta forma, intervém em inúmeros contextos, certificando o acesso adequados aos cuidados de saúde integrados, continuados e ajustados, sobretudo a grupos privilegiados com necessidades específicas, resultantes de contextos assinalados por diferenças económicas, étnicas, linguísticas e culturais.

Assim, destacam-se as atividades de educação e Promoção da Saúde, manutenção, restabelecimentos, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade.

É da sua responsabilidade a sinalização das necessidades dos indivíduos/famílias ou grupos de uma determinada área geográfica e garantir a continuidade desses cuidados, assegurando para isso, todos os meios necessários, desenvolvendo uma prática de complementaridade com outros profissionais de Saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Por tudo isto, e considerando a relevância e especificidade dos diferentes programas de Saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das atividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde.

Para a elaboração do presente trabalho, recorre a uma revisão sistemática da literatura, que me possibilitou a obtenção de mais conhecimento sobre esta problemática

dos Hábitos de vida, assim como apoiar todas as atividades desenvolvidas durante o estágio.

Noutra perspetiva, a utilização da metodologia do Planeamento em Saúde, em todas as suas fases, foi preponderante para o bom sucesso do trabalho. Por fim, uma análise quantitativa metódica do questionário de satisfação aplicado aos adolescentes no final da sessão de Educação para a Saúde, através do programa SPSS® versão 17.0 para Windows, tendo-se recorrido à estatística descritiva com a análise de frequências absolutas e percentagens.

Para uma melhor compreensão do percurso profissional desenvolvido no Estágio, estruturou-se o Relatório da seguinte forma:

A primeira parte do trabalho inclui um referencial teórico, com uma breve abordagem sobre, o Planeamento em Saúde, Promoção da Saúde e Educação para a Saúde nas Escolas em Portugal. Aborda-se também o tema central de todo o trabalho desenvolvido e descrito neste relatório, a Adolescência, englobando a Família, os Pares e a Sociedade, expondo os principais comportamentos de risco desenvolvidos nesta fase da vida, não esquecendo os pressupostos da teoria da Aprendizagem Social de Bandura, que tão importante foi no desenrolar de todo o Diagnóstico de Saúde e Intervenção.

A segunda parte deste relatório, refere-se à caracterização do Local de estágio, dando a conhecer um pouco a ESMS.

A terceira parte, descreve toda a Intervenção Comunitária desenvolvida na ESMS na área da Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis, seguindo todas as etapas do Planeamento em Saúde.

A penúltima parte de trabalho, inclui a discussão e Análise Crítica dos resultados.

Para finalizar apresentam-se algumas considerações finais, refletindo o processo evolutivo de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, bem como são apresentadas algumas limitações e sugestões.

I- REFERENCIAL TEÓRICO

1-PLANEAMENTO EM SAÚDE

O século XX está indissociavelmente marcado por avanços notáveis do estado de Saúde das populações. O envelhecimento global da população é, simultaneamente, uma das maiores conquistas da Humanidade e um dos seus maiores desafios (WHO, 2002) pela sobrecarga assistencial e comunitária decorrente das doenças crónicas e da incapacidade associada. A elevada prevalência de idosos coloca Portugal como um dos países mais envelhecidos do Mundo. (Almeida, 2010).

Verifica-se cada vez mais, uma maior preocupação com a Promoção da Saúde e a prevenção da doença.

Alguns autores consideram que, uma vez supridas as necessidades básicas em Saúde (relacionadas com as condições de vida, nutrição e intervenções em Saúde Pública — fato verificado na generalidade dos países e regiões mais desenvolvidos), os cuidados médicos tornam-se o principal determinante da esperança de vida, sendo o seu impacto substancialmente maior do que o ambiente social ou os estilos de vida (Bunker, 2001 referenciado por Almeida, 2010).

Assim, para Almeida (2010:80), “face ao custo crescente dos Cuidados de Saúde (explosão de custos), a sustentabilidade do sistema de Saúde assume-se, pois, como um dos principais desafios da Saúde Pública global”.

As Organizações de Saúde, deparam-se com incitações e exigências de forma a unir forças para uma aplicação eficiente dos recursos e para a maximização dos ganhos em Saúde, sendo, para tal, indispensável abraçar novos conceitos de gestão que possibilitem às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor e, concludentemente, que os seus profissionais sejam aplicados e competentes de modo a garantirem a excelência no que diz respeito à qualidade dos cuidados.

Para tal, a palavra de ordem é o Planeamento. De acordo Levey e Loomba planeamento:

“é o processo de analisar e entender um sistema, avaliar suas capacidades, formular suas metas e objetivos, formular cursos alternativos de ação para atingir essas metas e objetivos, avaliar a efetividade dessas ações ou planos, escolher o(s) plano(s) prioritário(s), iniciar as ações necessárias para a sua implantação e estabelecer um monitoramento contínuo do sistema, a fim de atingir um nível ótimo de relacionamento entre o plano e o sistema”

(Tancredi, Barrios & Ferreira, 1998:13).

Em termos latos, poder-se-á dizer que “planear ” consiste na elaboração de um curso de ações, face a necessidades previamente identificadas. Deverá equacionar o contexto em que se atua, e possuir um carácter prospetivo, dado que “ identifica-se com o processo que representa

e, consiste em determinar antecipada e claramente o que se pretende e, quais os objetivos que devem ser atingidos.” (Santos, 2011)

No que concerne ao nível do Sistema de Saúde, o processo de Planeamento em Saúde deverá “proporcionar uma análise integrada das necessidades da população, com novas perspetivas de ação, uma concentração de esforços e melhor aproveitamento dos recursos, fomentando sinergias e a promoção da capacidade, motivação e autonomia da comunidade.”

(Brissos, 2004:43).

O Planeamento em Saúde tem o seu fundamento na “racionalização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socio-económicos.” (Imperatori & Giraldes, 1993:23)

São inúmeros os intervenientes e atores envolvidos direta e indiretamente na Promoção da Saúde. Da administração central ao prestador de Cuidados de Saúde e ao cidadão, das instituições nacionais às locais, do sector público ao social e privado, da comunidade científica às organizações não-governamentais, vários níveis de participação, de interesse e de representação contribuem para a evolução do estado de saúde da população. Neste quadro, devem incluir-se também outros sectores governamentais e não-governamentais fora da Saúde, bem como organizações nacionais e internacionais com a missão de melhorar o estado de Saúde das Nações, que contribuem no mesmo sentido.

Os fatores que determinam e influenciam o estado de Saúde de uma população são dinâmicos, sistémicos e complexos. As exigências sociais para com a Saúde, e para com os serviços prestadores de Cuidados de Saúde, são crescentes. Estes aspetos, aliados à melhoria das condições Sociais e de Saúde, bem como o desenvolvimento técnico-científico e uma maior literacia em Saúde, criam novas expectativas e novas metas de desenvolvimento. Os sistemas de saúde constituem, cada vez mais, um elemento central de proteção social e redução das iniquidades, dando um contributo da maior importância para a coesão, a justiça e bem-estar social.

Assim, no Sector da Saúde, o planeamento é “o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde”

(Tancredi, Barrios & Ferreira, 1998:13).

E, como refere Giraldes & Imperatori, 1993:3, “o planeamento é um esforço coletivo em que intervêm os vários sujeitos (agentes) envolvidos na realidade que se visa transformar”.

Daí que, no Sector da Saúde, o planeamento não pode ficar confiando aos cuidados de alguns técnicos ou até mesmo serviços especializados do ramo, mas sim contemplar todos os serviços e o respetivo pessoal.

A realidade muda muito e rapidamente, além de ser pouco previsível. Os planos, consequentemente, valem muito pouco, ou melhor, a sua validade é limitada ao momento específico da sua coerência com a realidade. Por isso o Processo de Planeamento deve englobar a capacidade de produzir tantos planos, quantos necessários, quando a realidade muda.

Para Brissos, 2004:43, “uma resposta de qualidade que dê satisfação às necessidades pressupõe também que os recursos humanos sejam considerados o capital mais importante no seio de uma organização, pelo que os profissionais devem ser possuidores de um bom nível de informação, adequada às funções, formação contínua e *empowerment*”.

Desde há muito que para o Sector da Saúde, têm sido executados planos apontando uma melhoria no Estado de Saúde da população, manifestada através de indicadores, numa primeira fase, de mortalidade e de morbilidade e, depois, também mediante indicadores que sejam demonstrativos de qualidade de vida, avaliada através de aspetos relacionados com a alimentação, hábitos de vida saudáveis ou meio ambiente. (Brissos, 2004). Ou seja, o planeamento em Saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores internos (os biológicos) e os fatores externos (o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados).

O planeamento no Setor da Saúde considera-se fortemente necessário devido às seguintes razões:

- ✓ Os recursos são cada vez mais escassos e é necessário utilizá-los da maneira mais eficaz e mais eficiente;
- ✓ é necessário intervir nas causas dos problemas;
- ✓ é necessário basear cada vez mais as decisões de intervenção e as diversas intervenções projetadas, na evidência que, a cada momento, for possível recolher;
- ✓ é necessário ter instrumentos que permitam definir, de um modo dinâmico, quais as principais prioridades de intervenção;
- ✓ é necessário evitar intervenções isoladas e implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes;
- ✓ é necessário utilizar e adequar os Serviços e os seus recursos de modo a poderem responder, atempada e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde que forem identificados (Imperatori & Giraldes, 1993).

O recurso ao Processo de Planeamento é considerado como o recurso essencial de combater problemas como a estagnação e o subdesenvolvimento, através da eficácia com que permite mobilizar, afetar recursos, alterar estruturas e do imperativo de sistematização de ideias e meios. A sua eficiência dependerá das técnicas empregadas. Esta preocupação trará na maioria das vezes, complicações no próprio processo de Planeamento.

Para Myrian Batista (1979) referenciada por Santos (2011, s.d.) o Planeamento é caracterizado em várias dimensões:

- ✓ Racional
- ✓ Valorativa
- ✓ Decisória
- ✓ Concretizadora
- ✓ Avaliativa
- ✓ Política
- ✓ Técnico-administrativa

E é com base nestas variáveis que a autora define o planeamento como “o processo permanente e metódico de abordagem racional e científica de problemas (...) que supõe a ação continuada sobre um conjunto dinâmico de variáveis (...) e que supõe uma sequência de atos decisórios, ordenados em fases definidas e baseados em conhecimentos técnicos e científicos (...) que se refere, ao mesmo tempo à definição das atividades necessárias para atender problemas determinados e à otimização de sua sequência e inter-relacionamento, levando em conta os condicionantes impostos a cada caso - recursos, prazos e outros- diz respeito, também, às providências necessárias à sua adoção, ao acompanhamento da execução, à avaliação e à redefinição da ação” (Myriam Batista, 1979 citada por Silva, 2011:7).

No Planeamento em Saúde, “a natureza dos objetivos a atingir e das decisões a tomar e os prazos em que se enquadram estes elementos determinam diferentes tipos de planeamento.” (Imperator & Giralde, 1993: 26).

Desta forma, os diferentes tipos de planeamento que poderão ser aplicáveis são: Planeamento Estratégico, Planeamento Tático e Planeamento Operacional, respetivamente.

No que diz respeito ao estabelecer, Imperatori & Giralde (1993: 26), definem que “do ponto de vista do horizontal temporal, os planos classificam-se em longo, médio e curto prazos, com horizontes aproximados de dez, cinco e um anos, respetivamente.

No ponto de vista de Chiavenato, o planeamento estratégico pode ser entendido como:

(...) um conjunto de tomada deliberada e sistemática de decisões envolvendo empreendimentos que afetam ou deveriam afetar toda a empresa por longos

períodos de tempo. É um planeamento que envolve prazos mais longo de tempo, é mais abrangente e é desenvolvido nos níveis hierárquicos mais elevados da empresa, isto é, no nível institucional”.

(Chiavenato, 1994:186 citado por Santos, s.d.).

Ainda para o autor Chiavenato (1994) o planeamento estratégico, envolve as seguintes etapas:

- ✓ Identificação dos objetivos
- ✓ Análise organizacional (interna) e ambiental (externa),
- ✓ Formulação de estratégias,
- ✓ Construção do planeamento estratégico e implementação.

(Chiavenato, 1994 referenciado por Santos, s.d.).

No nível estratégico, o planeamento é realizado a longo prazo.

O **Planeamento Tático**, focaliza-se nas técnicas de atribuição e distribuição de recursos e coordenação, preocupa-se com a racionalidade da tomada de decisões, estabelece os objetivos gerais e específicos. No nível tático o planeamento é realizado em médio prazo.

E em relação a este nível, o autor Chiavenato (1994) diz que:

“(...) é o conjunto de tomada deliberada e sistemática de decisões envolvendo empreendimentos mais limitados, prazos mais curtos, áreas menos amplas e níveis mais baixos da hierarquia da organização” (Chiavenato, 1994:186 citado por Santos, s.d.).

Para o autor Chiavenato, citado anteriormente, o Planeamento Tático está relacionado com o Planeamento Estratégico, a grande diferença de um para o outro é a questão de posição de decisão dentro da instituição, pois ele encontra-se no meio da pirâmide.

Por fim, o nível operacional que se refere a quem executa as atividades (internas) dentro da organização. No nível operacional o planeamento é realizado a curto prazo. Neste nível “(...) a sua missão é fazer acontecer, é acompanhar de perto todas as ações que geram o produto ou o serviço da empresa” (Tajra, 2006:55 citado por Santos, s.d.).

Dentro das organizações pode-se dizer que estes três níveis, estratégico, tático e operacional são muito importantes, porque um nível complementa as atividades dos demais níveis dentro da instituição, ou seja, um nível estratégico precisa do tático e o tático necessita do operacional e vice-versa.

Ainda no âmbito do Planeamento em Saúde, e citando Imperatori & Giraldes, (1993: 28), “do conceito de Planeamento da Saúde decorrem as principais fases do seu processo”, “ (...) deverá ser entendido com um processo dinâmico e contínuo (...)”, e nunca se poderá “ (...)”

considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e colher mais informações que levem a refazê-la.”

Na concepção dos autores, são três as fases do Planeamento em Saúde, nomeadamente: **Elaboração do Plano** (que contempla: o **Diagnóstico da Situação**; **Definição de Prioridades**; **Fixação de Objetivos**; **Seleção de Estratégias**; **Elaboração de Projetos e Programas** e **Preparação da Execução**), como segunda fase: a **Execução**, e por fim, como terceira fase, a fase da **Avaliação**.

Do conceito de Planeamento da Saúde, resultam as importantes fases do seu método. Deste modo, “ o Planeamento da Saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico” pois “ não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levam a fazê-la” (Imperatori & Geraldès, 1993:28).

A primeira fase do Planeamento, uma vez sistematizado, diz respeito ao **Diagnóstico da Situação**, e consiste numa etapa de elaboração de um diagnóstico de situação.

Nessa fase de conhecimento do sistema como um todo, é importante que se conheça o sistema social e técnico, ou seja, os recursos financeiros, materiais e humanos; as normas, valores e aspirações do serviço; e no caso dos serviços de saúde também os usuários (Imperatori & Geraldès, 1993).

Tanto Imperatori & Giralès (1982) como Tavares (1990) referem que o diagnóstico da situação deve ser bastante ampliado, examinado, mas ao mesmo tempo sucinto, claro e rápido, pois só assim se adapta às necessidades identificadas. Para este fim, precisa de uma boa análise no que diz respeito à sua preparação (colheita de dados, recursos, tempo) com o intuito de ser apropriado.

Tavares (1990) acrescenta que, quando se explora o diagnóstico da situação, tem de se ter em conta dois conceitos essenciais: **Problema** e **Necessidade**.

Desta forma, considera-se como problema de saúde “um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela colectividade”, por outro lado, necessidade “exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir” (Tavares, 1990:51).

As necessidades podem ser reais ou sentidas e estas últimas podem ser expressas ou não expressas. Neste contexto, quando se realiza o diagnóstico da situação, identificam-se problemas e determinam-se necessidades.

“No fim desta fase deverão definir-se os principais problemas de Saúde (...)”(Imperatori & Geraldes, 1993:28).

A segunda fase diz respeito à **Definição de Prioridades**, e segundo Imperatori & Geraldes (1993:64):

“A existência desta etapa está diretamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é, a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias), ou, de outro modo, o que deve ser resolvido (prioridades) e como deve ser resolvido (estratégias).”

Esta etapa, corresponde à seleção dos critérios de decisão, onde se reverenciam e equipararam problemas. Para determinar as prioridades pode-se recorrer a várias técnicas, entre as quais se destaca grelhas de análise, métodos e escalas.

Aquando da realização da definição de prioridades, deve-se ter em atenção o horizonte do plano, que é “o tempo ou momento-limite para que estamos a prever a nossa intervenção” (Imperatori & Giraldes, 1993: 64), e também a área de programação, que consiste em dividir as prioridades em nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

A determinação de prioridades pode, ainda, ser realizada com utilização de critérios objetivos de decisão ou com base em preferências subjetivas dos atores envolvidos.

A utilização de critérios objetivos é defendida pelos teóricos do planeamento, procurando com isso uma racionalidade técnica que, entretanto, deve ser articulada à racionalidade política dos atores sociais participantes do processo. (Andrade, Junior, Lessa & Oliveira, 2009).

Para Andrade, Junior Lessa & Oliveira (2009:18) os critérios mais comumente utilizados para a priorização dos problemas do estado de Saúde da população, são:

Magnitude, Transcendência, Vulnerabilidade e Custos.

Magnitude: tamanho do problema. “trata de caracterizar o problema pela sua dimensão” (Imperatori & Giraldes, 1993: 65).

Transcendência: importância política, cultural e técnica que é dada ao problema considerado.

Vulnerabilidade: existência de conhecimento e recursos materiais para enfrentar o problema. Consta na “possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia atual disponível na área” (Imperatori & Giraldes, 1993: 66).

Custos: Refere-se a quanto custa em termos de recursos financeiros para enfrentar o problema.

Os três primeiros, operam em proporção direta, ou seja, quanto maior o problema mais evidência de que deve ser priorizado. Já o custo opera em proporção inversa, ou seja, quanto menor o custo de intervenção maior a possibilidade de ser priorizado (OPS, 1965 referenciado por Andrade *et al*, 2009).

Os critérios mais comumente utilizados para a priorização dos problemas do sistema e dos serviços de Saúde provêm da administração estratégica (Vilasboas, 2004 referenciado por Andrade *et al*, 2009).

Ampliando o conceito com a inclusão da viabilidade, denominamos critérios, que são: *relevância, urgência, factibilidade e viabilidade*. Sendo que os valores devem ser dados aos problemas, classificando-os por ordem decrescente. (Andrade *et al*, 2009).

Relevância: Grau de importância do problema.

Urgência: Intensidade da ameaça que representa à estabilidade do sistema.

Factibilidade: Disponibilidade de recursos técnico-administrativos e financeiros para a execução das ações previstas para seu enfrentamento.

Viabilidade: Capacidade política, técnica para o desencadeamento das ações necessárias ao enfrentamento dos problemas. (Andrade *et al*, 2009).

É importante ressaltar que a pontuação atribuída a cada critério depende do tipo de conhecimento e da capacidade de intervenção de cada participante do processo de planeamento.

A terceira fase deste meticuloso processo, refere-se à **Fixação de Objetivos**, sendo que, este é o ponto de partida do planeamento, pois a falta de um conjunto de objetivos claramente definidos é uma causa muito comum do fracasso do planeamento. Esta fase consiste em se estabelecer aquilo que se quer alcançar (o objetivo), que não deve ser confundido com o método de trabalho, com o como se pode alcançar, com a ação para se alcançar aquilo que se deseja. Os objetivos são alvos, pretensões futuras, eles indicam uma orientação, estabelecem linhas mestras, quando alcançados os objetivos tornam-se uma realidade.

Para Tavares (1990:113) “os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...), pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto formam os planos.”.

O autor indica ainda que os objectivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, de modo a serem bem fundamentados no planeamento em causa.

Menciona para tal, a existência de cinco elementos que se devem observar na sua formulação: natureza do que se pretende investigar, critérios de sucesso ou fracasso, população-alvo, local de aplicação e a definição do tempo para se atingir.

Nesta linha de ideias, Imperatori & Giraldes (1993), refere que existem quatro aspetos a ter em atenção:

- ✓ A seleção dos indicadores;
- ✓ A determinação da tendência dos problemas;
- ✓ A fixação dos objetivos a atingir a medio prazo;
- ✓ A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.

Relativamente aos indicadores deve lembrar-se que “ um indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco”.

Assim sendo, os indicadores podem ser divididos em;

✓ **Indicadores de resultado ou de impacto**- Desejam avaliar as alterações sofridas num problema de saúde ou a extensão atual desse problema.

✓ **Indicadores de atividade ou de execução** – Procura mensurar a ação desenvolvida pelos serviços de saúde com o objetivo de alcançar um ou mais indicadores de resultado.

(Imperatori & Giraldes, 1993).

No que concerne à tendência dos problemas de Saúde, os autores referem que “ selecionados os indicadores que melhor traduzem a dimensão atual dos problemas de Saúde definidos como prioritários e a respetiva evolução, haverá que proceder à determinação da respetiva tendência” (Imperatori & Giraldes, 1993:78), e a projeção de tendência “ é a determinação da situação do problema no futuro de acordo com a sua evolução natural”.

Por outro lado, o objetivo operacional (Meta) “ é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos Serviços de Saúde, traduzidos em termos de indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1993:80).

A **Seleção de Estratégias**, é a quarta fase do planeamento e, partindo-se dos recursos necessários é importante que se descreva quais os recursos possíveis, viáveis e disponíveis, sejam eles humanos, materiais e físicos, para que se possa pensar em estratégias que possibilitem a otimização desses recursos, no sentido de se alcançar os objetivos propostos. Esta fase, “ permite escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperatori & Giraldes, 1993:30).

Para que se elaborem corretamente as estratégias é necessário:

“estabelecer os critérios de concepção de estratégias; enumerar as modificações necessárias; esboçar estratégias potenciais; escolher as estratégias mais realizáveis; descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas; estimar os custos das

estratégias; avaliar a adequação dos recursos futuros; rever as estratégias e os objetivos (se necessário)” (Imperator & Giraldes, 1993: 87).

As duas etapas seguintes são a elaboração de programas e projetos e a preparação para a execução, ou seja, é a parte operacional do planeamento em saúde (Tavares, 1990).

A Elaboração de Programas e Projetos, “é a primeira fase do planeamento operacional e consiste essencialmente no estudo detalhado das atividades necessárias à execução, parcial ou total, de uma determinada estratégia, que visa atingir um ou vários objetivos” (Imperator & Giraldes, 1993:30).

Consiste em definir, através de uma sequência lógica de eventos como, de que forma, com que ações e estratégias, se irá alcançar os objetivos traçados. A operacionalização do planeamento pode contemplar níveis diversos, pode focar a instituição como um todo (*planeamento estratégico*), pode-se traduzir em planos concretos a nível local e ou departamental (*planeamento tático*) e desdobrar-se em planos específicos para cada tarefa (*planeamento operacional*). Pode-se trabalhar com cada uma dessas dimensões separadamente, ou conforme o conteúdo, extensão de tempo e amplitude pode-se trabalhar com esses níveis articuladamente.

É de extrema importância realçar que um programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperator & Giraldes, 1993: 129).

Por outro lado, um projeto é “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperator & Giraldes, 1993: 129).

Logo, o programa crescer de forma contínua ao longo do tempo, enquanto o projeto se encontra limitado a um determinado período de tempo.

A Preparação para a Execução é a etapa do planeamento que se segue e deve-se nesta fase “especificar a responsabilidade da execução das entidades envolvidas, definir os calendários de execução e cronogramas e escolher quem será o responsável pelo seu acompanhamento” (Imperator e Giraldes, 1993:30).

Tavares (1990) referencia que na preparação da execução, há quatro tipos de planos operacionais que podem estar relacionados com os meios financeiros (determinação de custos), comportamentos (determinar o comportamento dos indivíduos intervenientes no processo), métodos (determinar como devem ser processados os acontecimentos e as atividades) e com o tempo (relação entre o tempo e as atividades).

Esta etapa pretende de alguma forma, facilitar a realização das atividades, utilizados para inter-relações entre as atividades.

Por fim, segue a ultima etapa do planeamento e diz respeito à **Avaliação**.

A fase de Avaliação perante um Diagnóstico de Saúde, “necessita da determinação cuidadosa das situações para poder conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis”

(Imperatori & Giraldes, 1993:174).

Assim sendo, Imperatori & Giraldes (1993: 174), afirmam que, “a avaliação ou controle constitui a etapa final, ligando-se circularmente com a fase inicial do mesmo processo: a Determinação do Diagnóstico da Situação (...)”.

A avaliação deve ser pertinente e precisa, pois permite determinar o sucesso ou não do planeamento. Para tal, é necessário recorrer a critérios e normas.

De um modo geral, a avaliação, consente que se façam comparações entre os objectivos e as estratégias definidas no planeamento. Tavares (1990), ressalva ainda que, poderão ser estruturados alguns tipos prováveis de classificação de avaliação do planeamento, particularmente a disponibilidade dos dados, o tipo de dados disponíveis, a implementação de atividades, as componentes dos serviços prestados e a validade.

Tavares (1990) citando Pineault e Daveluy (1986) refere que existem três tipologias de classificação do planeamento: segundo o seu nível; segundo uma perspectiva organizacional ou populacional; segundo uma abordagem racional ou pragmática.

São inúmeras as classificações dadas à avaliação, mas a mais conhecida foi a desenvolvida por Donabedian (1980), que classificou as avaliações em: de estrutura (equipamentos e instalações, organização e pessoal e fatores geográficos), do processo (cobertura da detecção de casos, diagnóstico, tratamento, transferência de casos, coordenação e continuidade dos cuidados) e dos resultados (satisfação do doente, consequência para a saúde) (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para concluir, e como já foi mencionado anteriormente, numa situação de planeamento, grande parte dos elementos empregados na avaliação fazem-no sob a forma de indicadores e “é através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados” (Imperatori & Giraldes, 1993:178)

2-PROMOÇÃO DA SAÚDE

Num passado ainda recente a Doença era frequentemente definida como "ausência de Saúde", sendo a Saúde definida como "ausência de Doença" - definições que não eram esclarecedoras. Algumas autoridades encararam a Doença e a Saúde como estados de desconforto físico ou de bem-estar. Infelizmente, perspectivas redutoras como estas levaram os investigadores e os Profissionais de Saúde a descuidar os componentes emocionais e sociais da Saúde e da Doença (Bolander,1998)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “a Saúde é um estado de completo bem-estar não só físico, como também mental e social” (OMS, 1978: 1). Por outras palavras é uma condição mais complexa do que a simples ausência de doença ou enfermidade. Um estado pleno e completo reporta-se a uma harmonização relacionada com múltiplos fatores, tais como: o sistema de assistência médica, a biologia humana, os fatores meio ambiental e o estilo de vida no que respeita ao nível de saúde das populações.

A aceção do vocábulo Saúde, tem vivenciado sucessivas mutações de acordo com a evolução do contexto histórico, cultural, social, pessoal, científico e filosófico no universo de experiências do indivíduo. Inicialmente, Saúde era considerada, de forma muito redutora, a simples ausência de um estado de doença, relacionada exclusivamente com aspetos fisiológicos e biológicos do corpo.

À medida que a sociedade foi evoluindo e perspetivando outras dimensões, também o conceito de Saúde foi abrangendo outras extensões, deixando de ser encarado como um fim em si mesmo, mas como uma finalidade para alcançar uma nova qualidade de vida, tal como referenciado na Carta de Ottawa (1986) para a Promoção da Saúde.

A expressão "Segunda Revolução da Saúde" foi utilizado por Richmond, em 1979, no seu relatório sobre a Saúde dos americanos, e propôs qualificar as mudanças cuja implementação seria necessária para responder às novas exigências de Saúde. Globalmente, pode afirmar-se que o desenvolvimento do modelo biomédico se centrara na doença, que a primeira revolução da Saúde se concentrara na prevenção da doença, e que a segunda Revolução da Saúde se centra na Saúde. Por outras palavras, a 2ª revolução da Saúde veio introduzir inovadores e marcantes conceitos teóricos nos países desenvolvidos, dado que, os aspetos mais radicais desta segunda revolução são:

- ✓ Centrar-se na Saúde ao invés de na doença;
- ✓ Preconizar o retorno a uma perspetiva ecológica.

Acredita-se que, com a primeira Revolução da Saúde, os problemas de Saúde estariam resolvidos. No entanto, a partir de meados do século XX, surge nova epidemia: uma epidemia comportamental (McIntyre, 1994 referenciado por Albuquerque e Oliveira, s.d). Com efeito, constatou-se que, nos países desenvolvidos, as doenças que mais contribuíam para a mortalidade eram doenças com etiologia comportamental.

Com base nesta evidência, a segunda Revolução da Saúde teria de se centrar numa nova concepção, em novos princípios: dado que, as novas epidemias não teriam origem em organismos patogénicos, a teoria do germe deixou de ser aplicável. O equivalente ao germe, nesta epidemia, é o comportamento individual (Ribeiro, 1993 referenciado por Albuquerque e Oliveira, s.d).

Através deste marco importante na história da Saúde, emergem então conceitos importantes que traçaram limites nas transformações do conceito de Saúde/Doença ao longo da história da humanidade. Emerge então o conceito de *Promoção da Saúde* e o de *Estilos de Vida*.

Os conceitos da Segunda Revolução da Saúde, já anteriormente mencionados, foram difundidos, primeiro por Marc Lalonde, depois por Julius Richmond e pela OMS na declaração de Alma-Ata, em 1978. Os conceitos foram divulgados e implementados universalmente no documento "Metas da Saúde para Todos", com edição original de 1984 e tradução portuguesa do Ministério da Saúde, de 1986. São conceitos particularmente importantes para os países desenvolvidos, onde os benefícios da primeira Revolução da Saúde já eram visíveis.

Em 1974 no Canadá, o *Relatório Lalonde* "*A new perspective on the health of Canadians*" marca o movimento moderno da Promoção da Saúde, sendo o primeiro documento oficial a usar o conceito e a colocá-lo como prioridade nas Políticas de Saúde.

O Relatório define Promoção da Saúde como "informar, influenciar e apoiar indivíduos e organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de Saúde". (Martins, 2005)

O *relatório Lalonde* sugere que existem quatro determinantes gerais de Saúde, incluindo biologia humana, ambiente, estilo de vida e assistência médica.

Assim, a Saúde é mantida e melhorada, não só através da promoção e aplicação da Ciência da Saúde, mas também através dos esforços e opções de vida inteligentes do indivíduo e da sociedade, pois

“(...) marca o começo de uma nova etapa para a Saúde Pública, começando por redefinir o seu âmbito, de uma forma mais extensa e integrada (...) pois sustenta que para alcançar melhorias na saúde das populações é necessário olhar para além da perspetiva biomédica clássica centrada na gestão da doença, incluindo os seus “grupos de risco”, acentuado a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a sua saúde”

(Santos, Dias, Gonçalves & Sakellarides, 2010:3).

O Relatório Lalonde deu um novo ânimo ao desenvolvimento do “Planeamento em Saúde”. Foi a era do “*comprehensive health planning*”.

Enquanto o Relatório Lalonde, recebia um acolhimento e reconhecimento internacional crescente, um outro movimento particularmente importante para a ideia de uma “Saúde de proximidade” culminava na Conferência Internacional de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primários (OMS, 1978). Esta, deu ênfase à necessidade de Promoção da Saúde de todos os povos do mundo. Na declaração de Alma-Ata lê-se que “a Promoção e a Proteção da Saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial” (OMS, 1978:1). “Os cuidados de Saúde primários são “Cuidados de saúde (...) universalmente acessíveis na comunidade, aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação, a um custo comportável para os países, à medida que estes se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação” (OMS, 1978:2). Ou seja, com a conferência de Alma-Ata, assinala-se o começo de uma rememorada compreensão do conceito de Saúde, que passa a incluir os determinantes socioeconómicos e sócio-culturais, reafirmando-o como um direito humano fundamental; para além disso, salienta a responsabilização dos governos pela saúde dos cidadãos e o direito da participação da população nas decisões no campo da Saúde.

De facto, o principal responsável pela sua Saúde é o próprio, na medida em que são os seus comportamentos, escolhas e atitudes que o protegem ou comprometem. O ênfase e a responsabilidade deixa de estar no médico e passa a estar no próprio indivíduo, o que denota um mudança de paradigma

Em 1986 decorre em Ottawa a primeira conferência sobre Promoção da Saúde e na qual se publica uma carta cuja meta é Saúde para Todos no ano 2000. Segundo a OMS “a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”. (OMS, 1986:1)

Com este processo, o que se pretende é que o indivíduo detenha e possua recursos que lhe permitam aumentar a sua saúde e o seu bem-estar; responsabiliza-se o próprio e dá-se uma maior importância ao indivíduo. De fato, a Promoção da Saúde Começou a ser equacionada

com a Declaração de Alma-Ata, contudo, tendo o seu desenvolvimento na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Esta carta, constituiu uma fonte de inspiração e de orientação para posteriores ações.

A Saúde é considerada “como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (OMS, 1986: 1), ou seja, como uma dimensão indispensável para difundir o desenvolvimento social, económico, pessoal e, também, a qualidade de vida dos indivíduos.

O documento aborda e espoe como determinantes da Saúde, “paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade ” (OMS, 1986:1); e como estratégias fundamentais da promoção da saúde a defesa da saúde, a capacitação e a mediação.

Além de estabelecer um conjunto de medidas interventivas, a carta de Ottawa, faz ainda referência aos locais onde pretende incidir na Promoção da Saúde: construção de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de competências pessoais (*empowerment*) e reorientação dos serviços de Saúde.

O conceito de empoderamento começa então a ser uma realidade que inicia, com uma abordagem mais relevante e de maior destaque na área da Saúde, ou seja, este conceito torna-se cada vez mais importante perante a nossa sociedade, uma sociedade em constante mudança e evolução.

“ Ao longo dos tempos, tem-se observado um aumento da complexidade dos problemas de Saúde, do número e sofisticação das tecnologias à disposição e de mudanças ao nível das políticas de Saúde. Esta evolução veio implicar por parte dos profissionais de Saúde, nomeadamente dos Enfermeiros, o desafio de corresponder com cuidados flexíveis, inovadores e proactivos, através de uma intervenção concreta e efetiva de sistemas de reforços de participação do cidadão. Neste sentido, tem vindo a crescer a importância atribuída à filosofia da Promoção da Saúde e do movimento de Empowerment.”

(Pereira, Fernandes, Tavares, & Fernandes, 2011:9)

A Promoção da Saúde, inclui diferentes medidas e abordagens, nomeadamente legislação, medidas fiscais, taxas e mudanças organizacionais (OMS, 1986). Todas as intervenções que de forma direta ou indireta ajudem o indivíduo a conseguir um estado de bem-estar e sem doença, independentemente do seu carácter, podem-se considerar como Promotoras da Saúde.

Os pontos definidos na Carta de Ottawa foram metas a atingir pelos povos de todo o mundo, e passados quase 25 anos, continuam a ser uma referência na Promoção da Saúde. Outras conferências de seguiram e que, tomaram a Carta de Ottawa como modelo.

Dando continuidade às intervenções em Saúde iniciadas pela Carta de Ottawa, as Recomendações da Conferência de Adelaide (OMS, 1988:1) vêm reafirmar o anteriormente

preconizado, indicando que “a justiça social e a equidade são pré-requisitos de saúde e que a negociação e a mediatização são necessárias à sua implementação”.

Mais tarde, na declaração de Jacarta (1997:3) outros postulados sobre a Saúde foram averbados considerando que “ a Saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e económico”. Abordando também o tema da Promoção da Saúde estão a conferência de Sundsvall, 1991; México, 2000; Bangucoque, 2006; e Nairobi, 2009.

Várias foram as estratégias discutidas nas sete conferências internacionais realizadas pela Organização Mundial de Saúde, com a finalidade de garantir um mundo mais saudável, e assegurando que, a Promoção da Saúde é um processo permanente que se desenvolve ao longo da vida e que permite ao indivíduo a escolha consciente no que se relaciona com a sua Saúde e a dos que o rodeiam. Incentivar a Promoção da Saúde tornou-se, cada vez mais, uma prioridade porque muitos problemas de Saúde estão inter-relacionados com o estilo de vida e o comportamento, sendo estes os principais responsáveis pelo bem-estar individual e pelo nível de qualidade de vida de uma comunidade

A Promoção da Saúde moderna, constitui nos dias de hoje um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam políticas de Saúde em todo o mundo.

Nas estratégias priorizadas pela Promoção da Saúde, encontram-se princípios que afirmam a importância de se atuar nos determinantes e causas da Saúde, da participação social e da necessidade de elaboração de alternativas às práticas educativas que se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais.

Os valores delineados na Carta de Ottawa têm sido fortalecidos e divulgados em torno do compromisso de Saúde para todos, e continuam a nortear as políticas e as atividades dos profissionais envolvidos na área da Promoção da Saúde.

Tem-se assistido que, os diversos países têm procurado conduzir as suas políticas governamentais de acordo com os valores, princípios e compromissos retirados destas conferências. Contudo, aquilo a que assistimos diariamente, são ao desenvolvimento de atividades que visam prevenir a doença e não ações interventivas de Promoção da Saúde.

São os serviços de Saúde, devido às múltiplas intervenções no campo da Saúde e ao contato privilegiado com os clientes e comunidades, que embargam uma grande responsabilidade no domínio da Promoção da Saúde. Apesar de muitos profissionais, participarem na Promoção da Saúde, são os enfermeiros, que detêm um papel valioso na Promoção da Saúde das populações, através da importância que dão ao modelo holístico da Saúde, centrado no cliente.

Através do contato direto com a população, quer seja ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, quer a nível Hospitalar, os enfermeiros têm muita liberdade de ação na Promoção da Saúde dos indivíduos/comunidades, articulando-se com a Saúde Pública.

Segundo SNMAC 1995, citado por Almeida (2003: 47), “ (...) os enfermeiros, através da sua prática profissional nos serviços de saúde, promovem em estreita colaboração com o Sistema Nacional de Saúde e a sociedade, ações que visão a proteção e promoção da saúde e do bem-estar, prolongando a vida e prevenindo a doença nas comunidades locais, grupos e populações”.

Nesta linha de pensamento, é primordial diferenciar o conceito de prevenção e promoção, que tão comumente são confundidos.

“O conceito de prevenção está longe de ser claro, de modo a que a sua aceitação deve decorrer dos aspetos específicos que cada um dos seus níveis operacionais comporta.” (Andrade, 2001:19, citado por Brito, 2012:27)

Por outro lado, para Martins (2005) “o conceito de Promoção da Saúde assente, no paradigma salutogénico, valoriza os fatores que interferem positivamente na saúde”.

Assim, dá ênfase às influências sócio-ambientais nos padrões de Saúde em vez de focalizar as causas individuais das doenças.

Ou seja, enquanto que, a prevenção é um conceito relacionado com a doença, a Promoção é um conceito relacionado com a Saúde e mais amplo que o da prevenção, na medida em que implica não só a proteção e a manutenção da Saúde, como também o estado vital, físico, mental e social da pessoa ou comunidades.

Em Portugal a Promoção da Saúde é enaltecida a sua importância na alínea a), do n.º 1, da Base II, da Lei de Bases da Saúde, quando expressa que “a Promoção da Saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado” (Assembleia da República, 1990: 3452). O mesmo documento diz que “ os Cuidados de Saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”.

A Promoção da Saúde não se encaminha apenas aos indivíduos doentes, mas sim a todos os indivíduos quer na ausência quer na presença de doença. Tenta instituir a capacidade pessoal para que cada indivíduo promova a sua saúde, tentando gerar uma conjuntura favorável à saúde. Ou seja, enquanto a Promoção da Saúde, comporta medidas gerais positivas, principalmente a educação para uma vida saudável e a promoção de ambientes favoráveis; a prevenção, por conseguinte, envolve medidas para diminuir a ameaça das doenças.

Mais do que uma atividade, a Promoção da Saúde é considerada uma estratégia que urge incorporar em todas as dimensões da vida (individual, social e ambiental). Está inserida numa estratégia global de proteção à saúde que visa o desenvolvimento da saúde nos vários sectores: Saúde ocupacional, Saúde ambiental, Saúde alimentar, Saúde oral, Saúde escola entre outros.

Confusões entre os termos Educação em Saúde e Promoção em Saúde têm provocado desentendimentos e afetado a qualidade de discussões técnicas que dizem respeito a intervenções sociais na área de Saúde Pública. Para eliminar algumas delas é preciso conhecer, em primeiro lugar, o significado dos conceitos envolvidos.

“A Promoção da Saúde pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de Saúde das populações pretendendo assegurar a igualdade de oportunidades e recursos com o objetivo de capacitar de igual modo as diferentes populações para a mais completa realização do seu potencial de Saúde” (Albuquerque, 2006:21).

Paralelamente, a Educação para a Saúde “constitui-se como um instrumento, para alcançar os objetivos da Promoção da Saúde, assumindo uma função vanguardista na estratégia global da Promoção da Saúde” (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004: 465).

“Entende-se por Educação em Saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (Candeias, 1997)

É de evidenciar a relevância que o ambiente socioeconómico e cultural exerce na estrutura do indivíduo e no progresso da sua educação. Podemos dizer que, a educação é uma ferramenta principal da Promoção da Saúde que visa desenvolver alterações ao nível do comportamento individual (Candeias, 1997). Podemos encarar “a Promoção da Saúde como um conceito amplo, que inclui distintas estratégias de atuação, e a Educação para a Saúde com um instrumento ou uma estratégia concreta para a Promoção da Saúde” (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004: 465).

No seio do conceito de Promoção de Saúde, conforme tem sido referenciado, objetiva-se o desenho de intervenções que têm como alvo fatores comportamentais de risco associados a comportamentos patogénicos dos indivíduos. Estas intervenções têm dois níveis básicos de atuação que “consistem essencialmente em, por um lado, informar as pessoas sobre os meios de redução dos riscos comportamentais e, por outro promover mudanças sociais e ambientais na comunidade que facilitem essas mesmas mudanças” (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004: 466).

As políticas de Promoção da Saúde contornam a implementação estratégica de programas de Educação para a Saúde. Porém, estes programas devem privilegiar a investigação básica sobre as condutas de Saúde, sendo a sua eficiência fomentada quando se movimentam os conhecimentos colhidos no terreno da investigação básica sobre as condutas de Saúde dos indivíduos. Assim, “as estratégias de Educação para a Saúde podem desenvolver-se de acordo com distintos níveis de atuação individual, grupal ou comunitário e incluem, desde campanhas nos meios de comunicação social, até intervenções diretas e pessoais” (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004: 466).

Tanto a Promoção da Saúde como a Educação para a Saúde, são dois integrantes excepcionais dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Deste modo, os profissionais que praticam a sua atividade profissional em CSP, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, desenvolvem

(...) “uma prática centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade” (Correia, Dias, Coelho, Page e Vitorino, 2001:75).

Isto porque, mantêm um contato próximo com a comunidade/população, o que lhes permite obter informações mais concretas e precisas dos grupos de implantação geográfica do Centro de Saúde (CS) com quem trabalham.

A Enfermagem de Especialização em Saúde Comunitária precisa assim, intervir e atuar de forma interdisciplinar, juntamente com outros profissionais, pretendendo sempre obter a melhor qualidade de cuidados possíveis. “E se estamos em busca constante de conhecimento, isso justifica que assumamos uma outra perspetiva/consciencialização, de maior abertura face à Educação para a Saúde, que é um campo de extrema abrangência e que, por isso mesmo, está intimamente relacionada com a aprendizagem ao longo da vida.” (Gomes, s.d.)

A Saúde de cada pessoa depende de vários aspetos, nomeadamente do seu projeto de vida, do seu sentido de felicidade e dos comportamentos e estilos de vida, ou seja, “cada cidadão é ator e autor de um percurso de vida, com implicações na sua Saúde e das pessoas com as quais interage” (Simões, Nogueira, Lopes, Santos & Peres, 2011)

Assim, na sociedade atual espera-se que todos tenham meios e recursos que lhes permitam desenvolver capacidades e competências para traçar um caminho pessoal e coletivo em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.

Em Cuidados de Saúde Primários, “a Enfermagem integra o processo de Promoção da Saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as atividades de Educação para a Saúde,

manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade” (Correia *et al*, 2001:76).

O desenvolvimento da Saúde é da responsabilidade do estado mas também da comunidade em geral. Para que tenhamos uma comunidade saudável, são necessários esforços conjuntos, quer num todo, quer individualmente.

O papel do Enfermeiro, como planeador direciona-se para a identificação das necessidades de aprendizagem específicas da comunidade, valorizando as suas preocupações, as barreiras existentes à aprendizagem e estratégias facilitadoras dessa aprendizagem.

“O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel fundamental neste processo, pois possui as competências para coordenar e implementar programas de saúde que envolvam os vários sectores da comunidade: a saúde, a educação, as redes sociais, os diferentes departamentos das autarquias e outros, que visam a capacitação de grupos e comunidades” (Simões *et al*, 2011).

É das suas funções criar e planear programas de intervenção no âmbito da Prevenção, Proteção e Promoção da Saúde, tendo em conta a identificação das reais necessidades que as pessoas têm na área da Saúde.

Para além disso, está previsto no Código Deontológico “o dever de todos os Enfermeiros trabalharem a área de informação através da EpS, (Educação para a Saúde) encorajando a independência e o desempenho autónomo das pessoas.” (Simões *et al*, 2011)

2.1 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA ESCOLA EM PORTUGAL

A Promoção e a Educação para a Saúde surgem como área reconhecida pela Organização Mundial de Saúde, na Declaração de Alma-Ata (1978) realizada sob patrocínio da ONU. Mas é a partir da 1ª Conferência internacional da OMS, em Otawa (1986b) sobre “Promoção da Saúde”, como já foi mencionado, que a saúde começa a ser entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida, onde se acentua a valorização dos recursos pessoais e sociais.

A OMS definiu Promoção da Saúde como o Processo que possibilita às pessoas aumentar o seu domínio sobre a saúde e melhorá-la, ou seja, coresponsabilizou o indivíduo pela sua saúde e pela saúde da comunidade. (OMS, 1986)

Dentro desta perspetiva, a Educação para a Saúde deve ter como finalidade a preservação da saúde individual e coletiva.

Para refletir e abordar a temática da Educação para a Saúde é necessário analisar previamente o conceito de educação.

Antunes (2008) considera que a educação deve ser entendida como uma dimensão da própria existência, que, enquanto processo de construção auto-participada, se realiza ao longo da vida e em função das experiências factuais e culturais. É de evidenciar a relevância que o ambiente socioeconómico e cultural tem na construção do indivíduo e no desenvolvimento da sua educação.

Percebe-se que é durante a infância e a adolescência que se fortalecem ou se enraízam hábitos saudáveis que ficarão durante o percurso de vida de um indivíduo. Concludentemente a escola é o local de escolha para a EpS, porque pode incluir novos conhecimentos tendentes à evolução de comportamentos saudáveis, através da implementação de currículos adequados (Costa, 2009).

Em contexto escolar, Educar para a Saúde consiste em dotar os adolescentes, de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua Saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a Saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo. Ou seja, o principal objetivo da EpS é melhorar a qualidade de vida dos jovens adolescentes e da comunidade escolar.

Na atualidade, ser considerado indivíduo saudável, pressupõem estar informado, ser instruído, ser assertivo e independente.

Um programa de Saúde educativa, deverá ser norteado no sentido de coadjuvar os indivíduos a apreender as suas capacidades funcionais, de forma a promover o seu sentido de responsabilidade, de acordo com as metas que desejam alcançar. Ou seja, os jovens para além de estarem informados, precisam de estar igualmente capacitados para agarrarem “tomarem decisões e responsabilizarem-se pela sua saúde, devendo ser competentes para adotar estilos de vida saudáveis e para transformar o seu envolvimento físico e social de modo a favorecer um estilo de vida saudável, permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura” (Matos *et al*, 2004:83 citado por Costa, 2009:33).

Em contexto escolar, e no âmbito das aprendizagens, estas permitem a interação da Educação para a Saúde com aspetos cognitivos, afetivos, psicomotores, sociais e comportamentais. Exige um conhecimento prévio do indivíduo ou comunidade, não se limita a fornecer informação insuficiente ou inadequada, deve ser adaptada ao público a quem se dirige. Neste padrão, compete ao educador facultar assistência e apoio, disponibilizando os recursos disponíveis necessários à promoção de alterações comportamentais.

Pois tal como refere a OMS (1993), no âmbito escolar, a EpS constitui uma forma de fornecer às crianças e os jovens conhecimentos, atitudes e valores que os tornem capazes de tomar decisões apropriadas ao bem-estar físico, social e mental.

O comportamento, as atitudes, os valores e as experiências são pois, alicerces de estilos de vida que através da educação para a saúde acarretam mudanças de hábitos e de opções no sentido de atingir o bem-estar.

Refletindo sobre o que se tem vindo a descrever, é perceptível que, a Educação para a Saúde, é sobretudo um processo educativo onde se atribui grande ênfase à comunicação, e reflexão, com objetivo de modificar comportamentos e hábitos relacionados com problemas de Saúde, bem como a responsabilização individual. A grande responsabilidade da sua concretização diz respeito ao indivíduo nas opções relativas à Saúde e bem-estar.

Através da legislação e disposições legais consultadas, conclui-se que as áreas prioritárias de intervenção da Saúde Escolar têm vindo a sofrer várias alterações desde o seu início até à atualidade, particularmente a nível das áreas: da Saúde Mental, Saúde Oral, Alimentação Saudável, Atividade Física, Ambiente e Saúde, Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes, Saúde Sexual e Reprodutiva e Educação para o Consumo (Rocha *et al*, 2011).

De acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada, verificou-se que, a Saúde Escolar em Portugal teve o seu começo em 1901, com a criação da Inspeção Sanitária e a Direção Técnica das Construções Escolares.

Em 1904, Miguel Bombarda alertou para a necessidade da higiene na infância, da proteção sanitária das crianças e da higiene escolar.

A Inspeção Sanitária, em 1918, foi substituída pela Repartição de Saúde Escolar e o serviço sanitário da escola passou a ser exercido, em todos os estabelecimentos do país, pelos médicos escolares que tinham funções idênticas às dos delegados de Saúde.

Em 1933, foi criada a Direção Geral de Saúde Escolar, dando-se maior ênfase à participação do médico escolar. Posteriormente, surgiu a necessidade de criar outra entidade e apareceu a visitadora, que possuía alguns conhecimentos de Enfermagem e um perfil moral prudente e hábil, e evoluiu, até aos dias de hoje, constantemente sujeita a várias reformas “numa tentativa constante de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de Saúde emergentes” (Rocha, 2011:71 citando DGS, 2008:8), pois “a educação para a Saúde é uma mais-valia para a melhoria da qualidade de vida dos alunos (Rocha, 2011:71).

Em maio de 1993, foi instituído o Programa de Promoção e Educação para a Saúde com o objetivo de fomentar a articulação das ações de Promoção e Educação para a Saúde.

Em 1998, foi efetivado o 1º Despacho-Conjunto entre o Ministério de Educação e Ministério da Saúde que tinha como importante objetivo organizar o trabalho conjunto no âmbito da Promoção e Educação para a Saúde, particularmente da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde.

As medidas levadas a cabo pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação no sentido de dar ênfase à Saúde e políticas de EpS, foram impostas em fevereiro de 2006, quando se estabelece um protocolo onde reconhecem que a Promoção da EpS em meio escolar, permite aos jovens desenvolver competências que os leve a construir um projeto de vida e a capacitá-los para fazerem escolhas conscientes e responsáveis (Ministério da Saúde, 2006a). Contudo, esta parceria já vinha a ser criada desde 1994, quando os dois ministérios tornaram pública a cooperação entre Centros de Saúde e as escolas, no sentido de repartirem responsabilidades na promoção da saúde das comunidades educativas.

Desta união, surgiu a rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) integrada na rede europeia, que constituiu uma mais-valia para colocar em prática projetos no âmbito da Saúde Escolar (DGS, 2006b).

“Numa visão global, aferimos que a Saúde Escolar tem vindo a adaptar-se às necessidades das crianças e jovens e às preocupações dos formadores ao longo dos tempos” (Rocha *et al*, 2011:86-87). Nesta perspetiva, a Educação e a Saúde aglomeram parcerias que levam à promoção de estilos de vida saudáveis e alertam para comportamentos de risco com complicações na saúde e na qualidade de vida de todos os que dela fazem parte. (Rocha *et al*, 2011). Assim, o Ministério da Educação (2006) descreve atualmente como principais áreas temáticas e prioritárias de atuação, a alimentação, atividade física, o consumo de substâncias psicoativas, a sexualidade, as infeções sexualmente transmissíveis, designadamente VIH/SIDA, e a violência em meio escolar (*bullying*).

A Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) organismo central do Ministério da Educação, assume cargos em matéria de Promoção da Saúde no meio escolar, e tem por missão:

“assegurar a concretização das políticas relativas à componente pedagógica e didática da educação pré-escolar, dos ensinos básico e secundário e da educação extra-escolar, prestando apoio técnico à sua formulação e acompanhando e avaliando a sua concretização. Coordena, igualmente, a planificação das diversas provas e exames e concebe, organiza e executa as medidas de prevenção do risco, segurança e controlo da violência nas escolas”

(Ministério da Educação, 2004).

A Educação e a Saúde exigem assim, uma visão holística, englobando uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões em constante interação com o meio envolvente. Como tal, a EpS deve ser um processo holístico, porque pretendendo ampliar a Saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam à pessoa adotar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pela comunidade onde se integra.

Se considerarmos o conceito de EpS como “um processo sistemático de ensino e aprendizagem orientado para a aquisição, eleição e manutenção de práticas saudáveis, evitando comportamentos de risco não podemos ignorar a necessidade de formação do ser humano nesta área do conhecimento, ao longo do seu ciclo de vida” Costa, 2009:34, citando Costa & López, 1996).

Para o IUHPE- *International Union for Health Promotion and Education*, “a escola é um ambiente no qual as questões e perspectivas de saúde são utilizadas para complementar e enriquecer as prioridades educativas, como a literacia e a numeracia. As ações das escolas promotoras de Saúde (EPS) ajudam a gerar competências específicas e gerais em termos de compreensão, de análise e de síntese da informação, e em termos de criar soluções às questões locais e globais. Os alunos podem aprender e praticar habilidades pessoais e sociais e adquirir comportamentos promotores de Saúde, que podem favorecer as aprendizagens”. (IUHPE, 2007).

Para a OMS (1986, 1988, 1977, 2000), as escolas têm um papel preponderante na Educação para a Saúde, sobretudo na aquisição de hábitos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de risco. Por isso, é essencial forçar o investimento em programas de Promoção da Saúde, através do desenvolvimento de projetos orientados para corrigir os problemas de saúde prioritários dos adolescentes, cooperando para a criação de um estado de bem-estar físico, psíquico e social, e não a mera ausência de doença.

“A escola deve ser entendida como uma via geradora de bem-estar pessoal e social, capaz de criar condições que proporcionem uma vida mais ativa, feliz e plena às novas gerações” (Diogo & Vilar, 2000 citado por Costa, 2008:34).

Para o Ministério da Educação, a qualidade de vida de cada indivíduo passa pela Saúde e segurança individual e coletiva, é neste sentido que vão as orientações curriculares para o ensino das Ciências Físicas e Naturais (Ministério da Educação, 2001).

Este mesmo documento, redige as competências a desenvolver no 3º ciclo de ensino básico, nas quais é expresso que “o reconhecimento da necessidade de desenvolver hábitos de vida saudáveis e de segurança, numa perspectiva biológica, psicológica e social”; o “reconhecimento de que a tomada de decisão relativa a comportamentos associados à Saúde e segurança global é influenciada por aspetos sociais, culturais e económicos”; a “compreensão dos conceitos essenciais relacionados com a Saúde, utilização de recursos, e proteção ambiental que devem fundamentar a ação humana no plano individual e comunitário”; e a “valorização de atitudes de segurança e de prevenção como condição essencial em diversos aspetos relacionados com a qualidade de vida” (Ministério da Educação, 2001:143-144).

Assim podemos dizer que a Educação para a Saúde “é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da Saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade” (Schall & Struchiner, 1999).

Verifica-se que atualmente persistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de EpS, sendo que, alguns deles regulam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer o alcance de perspectivas mais integradas e participativas.

“ Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida (...).” (Schall & Struchiner, 1999:1)

A educação para a Saúde respeita o direito à diferença, as escolhas individuais, as realidades culturais, sociais, familiares, profissionais, as formas de comunicação, crenças e expectativas, permitindo a interação dos saberes e representações, autonomizando indivíduos, grupos e comunidades nas escolhas que diariamente é necessário fazerem-se, incutindo um carácter reflexivo, partilhado e não diretivo ou imposto. Isto porque, a saúde não é um direito individual, diz respeito a um grupo ou a uma comunidade, onde todos os elementos têm a responsabilidade de zelar por atingir o bem-estar como uma coordenada importante da saúde.

As escolas concretizam no terreno as orientações relativas à Educação para a Saúde, procurando respostas apropriadas ao seu contexto, pois é o “local de eleição para o estabelecimento de hábitos de vida saudáveis. A Promoção e Educação para a Saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização que inclui como objetivos levar as pessoas, neste caso os jovens, a sentirem-se competentes, felizes e valorizadas, ao adotar e manter estilos de vida saudáveis” (Sampaio *et al*, 2007:9).

O mesmo autor refere ainda que, “a educação para a saúde não se pode limitar a adotar uma abordagem sanitarista e específica da doença nem privilegiar apenas a sua informação ou as suas características instrumentais” (id).

É fundamental também que, exista por parte do sistema, respostas adequadas que possibilitem que esta Educação para a Saúde tenha impacto na vida das pessoas, no seu quotidiano.

A capacidade de comunicação dos adolescentes com a família ou a existência de um adulto de referência na família, na comunidade ou na escola (familiar, professor, profissional de saúde) foi repetidamente associada, na literatura científica, à ocorrência de menos

comportamentos de risco, e a uma vivência mais responsável no seu percurso de vida. (Sampaio, *et al* 2007).

Deste modo, a escola desempenha mais uma vez um papel preponderante na formação dos adolescentes, e não podem realizar os seus projetos educativos unicamente dirigidas para o domínio dos desempenhos escolares dos seus alunos, demarcando-se e limitando-se a instruir/transmitir conhecimentos.

Segundo o PNSE, no decorrer dos anos, diversos modelos elucidativos das modificações comportamentais foram adotados. Em termos gerais, pretendem identificar os determinantes comportamentais e a influência relativa dos diferentes processos cognitivos e afetivos na adoção dos comportamentos.

Até agora, o papel executado pelos profissionais de Saúde na Promoção de Estilos de Vida saudáveis tem-se traduzido em intervenções estratégicas de mudança, dirigidas ao indivíduo e ao grupo, no sentido da alteração do(s) factor(es) de risco. (PORTUAL, 2006b).

Educar para a Saúde não se pode assentar unicamente numa visão de carácter informativo, é relevante que escola calcule os problemas reais de saúde dos seus alunos, para delinear metas e estratégias de intervenção que incitem comportamentos saudáveis.

3-ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Tanto a Saúde como a Doença são influenciadas, consideravelmente pelos fatores sociais e ambientais. Esta visão dinâmica da Saúde é fundamental na EpS, uma vez que, atualmente, nos países desenvolvidos a perda de Saúde e as mortes prematuras estão estreitamente ligadas ao estilo de vida, ou seja, à adoção por parte de indivíduos, grupos e comunidades de comportamentos saudáveis.

De acordo com Sanmartí (1985), citado por Carvalho & Carvalho (2006:8) “ mais importante do que filosofar sobre o conceito de Saúde, é analisar os determinantes de Saúde e da doença nos indivíduos e comunidades. Para isso é necessário analisar os principais problemas de Saúde e os seus fatores causais”.

A nível internacional, o ex-Ministro da Saúde do Canadá, Lalonde (1974), analisou a questão dos determinantes de Saúde ao estudar as principais causas de morte prematura dos canadianos e construiu um modelo, que passou a ser clássico na Saúde Pública, segundo o qual o nível de saúde de uma comunidade é determinado pela interação de quatro variáveis:

1. a biologia humana (genética, envelhecimento);
2. o meio ambiente (contaminação física, química, biológica e sócio-cultural);
3. o estilo de vida (comportamentos ligados à saúde);
4. o sistema de saúde (cobertura e acessibilidade).

Depois de surgir este modelo de Lalonde, foram efetuados numerosos estudos nos Estados Unidos, que confirmaram a importância dos estilos de vida como determinantes da Saúde, sobretudo, nos países desenvolvidos. Foi, também, confirmado que, os recursos destinados ao sector da Saúde são, na sua maioria, gastos pelo sistema de Saúde.

O efeito prejudicial dos comportamentos não saudáveis, medido em termos de mortes prematuras e o efeito benéfico para a Saúde dos estilos de vida saudáveis, têm sido demonstrados por diversos estudos, e com base nestes resultados surgiu nos Estados Unidos e no Canadá uma corrente de pensamento, que recomendou a mudança de prioridades na Saúde Pública, no sentido de canalizar maior percentagem de verbas para a prevenção e Educação para a Saúde que, posteriormente, se estendeu à Europa.

Nesta linha de pensamento a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985:62) afirma que:

“Ainda há muito que avançar para conseguir compreender as relações entre a saúde e as componentes de estilos de vida específicos. Numerosos estilos de vida favorecem a saúde, desenvolvem o bem-estar físico e mental e protegem o

indivíduo do Stress. Outros englobam comportamentos que podem ser prejudiciais à saúde.”

Estudos realizados pelo *Center for Disease Control* (CDC) de Atlanta (EUA) em 1977, tendo por base a análise das 10 primeiras causas de morte, acrescentam que, quando se eliminam as mortes durante o primeiro ano de vida (idade em que o principal determinante de mortalidade são os fatores biológicos), a proporção da mortalidade associada ao estilo de vida aumenta para cerca de 50%. Neste sentido, outros estudos sugerem, ainda, que um estilo de vida saudável, além de prevenir mortes prematuras, contribui de forma importante para uma boa saúde e, por conseguinte, para uma boa qualidade de vida (Sanmartí, 1985 referenciado por Carvalho & Carvalho, 2006).

Cada vez mais, se tem observado, os processos de adaptação e readaptação a que a população está sujeita no seu dia-a-dia. Isto porque são inúmeros os acontecimentos a que o homem está exposto diariamente.

Tem-se testemunhado um aumento da Saúde global da população relacionado com a melhoria das condições higieno-sanitárias, alimentares, acesso mais facilitado aos serviços de saúde, avanços técnicos e científicos na deteção e tratamento de certas doenças e maior vigilância das condições de saúde da população. Todos estes fatores vieram contribuir para a diminuição da mortalidade infantil e materna e o consequente aumento da esperança de vida.

No entanto, apesar de todas estas melhorias, verifica-se um descontentamento crescente das pessoas relacionado com uma nova realidade – cada vez mais elementos da população sofrem de doenças crónicas prolongadas, causadoras de sofrimento. Segundo Helman (2001) citado por (Fontes, 2007:57), “esta insatisfação está intimamente relacionada com o próprio sucesso da medicina em si mesma e pela adoção de estilos de vida que põem em risco a saúde”.

Os comportamentos de Saúde e estilos de vida na idade adulta são, em larga escala, o produto do desenvolvimento durante a adolescência. O estudo de como os comportamentos de Saúde se desenvolvem e se modificam durante a adolescência deve ter em consideração as influências oriundas dos principais contextos onde decorre o desenvolvimento dos adolescentes, nomeadamente a família e o grupo de pares.

Os adolescentes são muitas vezes considerados o grupo mais saudável, a nível da população global. Esta menor suscetibilidade para condições negativas aliadas à idade, são contrabalançadas, por exemplo, por influências e consequências comportamentais. Muitos destes problemas estão associados ao seu procedimento, à sua interação com o meio e às mudanças sociais radicais às quais estes são altamente vulneráveis.

A OMS (1993) avança com a referência a algumas das mudanças que devem ser aliadas aos problemas de saúde na adolescência. Entre estas, encontramos alterações a nível dos valores sociais e morais que aumentam os riscos de gravidez indesejada; doenças sexualmente transmissíveis, onde atualmente se destaca a SIDA; a acessibilidade em termos de oferta e aquisição de álcool, tabaco e drogas; condições a nível de vias rodoviárias que aumentam os riscos de acidente e consequentemente deficiência ou morte; hábitos alimentares e competição a nível educacional e profissional.

De acordo com a DGS, no Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) publicado no Diário da República n.º 110 (2006:15), os estilos de vida são definidos como “o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais”.

Ou seja, o conceito de estilo de vida, pode numa aceção globalizante ser traduzido pelo currículo existencial do sujeito em adaptação ao meio onde atua.

Estilo de vida é pois, um conceito amplo que engloba a pessoa como um todo e em todos os aspetos da sua atividade, isto é “forma como gere a sua existência” (Rapley, 2003:128 citado por Gonçalves, 2004:7), pelo que esses aspetos se combinam para influenciar todas as dimensões que compõem o conceito de saúde física, mental, social, emocional e espiritual, e traduzem-se por níveis de “satisfação, de bem-estar, competência, capacitação, aceitação social e qualidade de vida” (Rapley, 2003:93 citado por Gonçalves, 2004:7)

A adolescência é um período complexo e de considerável risco para a saúde. Contudo, pode também ser um tempo crítico para as intervenções da promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis. A Educação para a Saúde nos adolescentes é uma preocupação, pois nesta fase pode existir uma experimentação de comportamentos de risco. Por este motivo, a adolescência tem merecido a atenção de estudiosos, investigadores, políticos e da sociedade em geral, pois parece ser nesta fase da vida que, os hábitos e os comportamentos são formados e refletir-se-ão para a idade adulta.

Para Mota (2002) é fundamental a consciencialização dos pais, escola e comunidade em geral, para a promoção de atividades simples, que determinem um estilo de vida ativo (...) (Afonso, 2011).

“A escola, onde os adolescentes passam grande parte do seu tempo, é um local privilegiado do ponto de vista da aquisição de comportamentos e hábitos saudáveis” (Correia, 2004 referenciado por Afonso, 2011:19).

Assim, tendo em conta que as transformações sociais da sociedade atual interferem diretamente com os comportamentos e atitudes dos adolescentes, para que seja viável promover a aprendizagem de estilos de vida saudáveis, é necessário compreender a dinâmica da saúde/doença nas pessoas, nos grupos e na comunidade.

O Ministério da Saúde, também foi gradualmente demonstrando a sua preocupação com a Saúde dos jovens. No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS), são expostas estratégias para a gestão da mudança, entre as quais se deparam a mudança centralizada no cidadão e a capacitação do sistema de saúde para a inovação.

No que se refere às opções de escolha do cidadão, o PNS realça que “deverá ser estimulada a implementação gradual de produtos, serviços e tecnologias facilitadoras da prestação de informação e apoio à decisão dos utentes do Sistema de Saúde” (...)

(PORTUGAL, 2004a:98).

Realça-se a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, pois “as atividades de Promoção da Saúde, como ações de prevenção primária e secundária, nem sempre ocupam lugar de primazia no contexto geral da prestação de cuidados de saúde” (PORTUGAL, 2004a:101).

É fundamental sensibilizar os Profissionais de Saúde para a promoção de comportamentos saudáveis juntos dos indivíduos, com o intuito de se combater as causas implícitas às doenças relacionadas com os estilos de vida.

Os adolescentes, adultos do amanhã, começam cedo a sofrer os efeitos das modificações sociais, económicas e culturais que se irão repercutir diretamente sobre a sua saúde, bem-estar e autonomia. Na verdade, as mudanças ocorridas nos hábitos de vida dos países da Europa, têm implicado uma alteração constante nos padrões de doença nos adolescentes. Estes incluem um aumento das doenças não transmissíveis como asma, diabetes, obesidade e desordens do foro neuropsiquiátrico, associadas aos excessos de consumos de substâncias psicoativas e alucinogénicas (drogas pesadas, tabaco e álcool) (WHO, 2005).

O PNS 2004-2010, também vem reforçar esse ponto, pois refere que “o consumo de tabaco é a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade. Segundo os últimos dados do *World Health Report* (2002), o consumo de tabaco é a principal causa isolada de peso da doença (12,2%). (PORTUGAL, 2004a: 102)

Por isso, realça ser fundamental implementar intervenções estruturadas nos cuidados primários e restantes, no sentido da prevenção da iniciativa tabágica nos adolescentes, bem como, aumentar os apoios para as instituições que desenvolvem atividades de desabitação tabágica.

Destaca também a importância de se atribuir os direitos merecidos aos não fumadores, com o intuito de preservar ao máximo a saúde das crianças. Reforça a importância de se criar a legislação prudente e necessária no sentido de proteger os não fumadores.

Para WHO (2000:10) *“Alcohol is a psychoactive drug that can lead to hazardous consumption and dependency which is associated with an increased risk of morbidity and mortality”*.

Neste sentido, é necessário criar medidas interventivas no sentido de tentar minimizar o consumo desta substância.

O álcool, como qualquer outra droga, é um problema social grave que afeta particularmente os jovens adolescentes. Tudo pode começar por uma habituação que leva a excessos, originados pela imaturidade ou por comportamentos impulsivos, que são típicos nos adolescentes (Palha, 2007 referenciado por Costa, 2009:65).

Deste modo, por ser considerada uma problemática mundial, o PNS (2004-2010) Português, descreve medidas interventivas que devem ser efetuadas para diminuir as taxas de consumo nos jovens e proteger a saúde e bem-estar dos mesmos.

Para isso, considera que se devem “desenvolver e apoiar programas de Promoção e Educação para a Saúde na área da alcoologia, que incluam o desenvolvimento de campanhas de informação pública, abordagem nos currículos escolares e ações de sensibilização e de formação para grupos específicos, que chamem a atenção para os risco do consumo excessivo, inoportuno ou inconveniente de bebidas alcoólicas”, assim como (...) “o desenvolvimento de recursos didáticos e de formação específicos para os Profissionais de Saúde, que permitam uma melhor prevenção, diagnóstico, encaminhamento, tratamento e reabilitação dos indivíduos com problemas ligados ao álcool, que contatam com o sistema de saúde em geral” (PORTUGAL, 2004a: 109).

Ainda na área dos consumos, o PNS (2004-2010), refere que se continuará a “ dar prioridade a projetos na área da prevenção primária, que permitam reduzir o consumo de drogas junto das populações mais jovens, assim como na redução dos riscos, de modo a minimizar as consequências sanitárias do consumo” (PORTUGAL, 2004a: 110).

Sublinha também como proposta de medida o reforço da área do tratamento e da reinserção; a implementação de medidas de reestruturação da intervenção realizada pelos CAT, o investimento na melhoria da qualidade dos recursos quer humanos, quer técnicos e metodológicos das unidades de tratamento.

As intervenções na área da nutrição também devem ser tidas em conta, pois como sabemos as taxas de obesidade nos jovens adolescentes tem vindo a aumentar, não só pelas

mudanças no estilo de vida, como por exemplo o aumento do sedentarismo, como também pelo acesso fácil a comida “*fast-food*”, que é hoje uma realidade.

Se por um lado o ato de consumir alimentos é um comportamento básico intrínseco, como caminhar, respirar, chorar, rir, ou como a sexualidade, porque provoca sensações agradáveis ou desagradáveis, como a satisfação, o bem-estar, o prazer e a emoção; por outro lado, obedece a códigos culturais e sociais, porque é um ato vivido, percebido, pensado e representado pelos indivíduos e grupos sociais no mundo global em que vivemos, ou seja, os hábitos e práticas alimentares são o resultado não só de determinismos biológicos do ser humano, mas também socioculturais.

Deste modo, penso ser essencial desenvolver medidas interventivas precoces, que auxiliem não só os jovens adolescentes, mas também os pais e educadores.

O PNS (2004-2010) prevê um novo Inquérito Alimentar Nacional e revisão das Recomendações para a Educação Alimentar para a População Portuguesa, para além da redução do consumo de sal, de álcool e de gorduras e o aumento do consumo de frutos, legumes e vegetais (PORTUGAL, 2004a), tal qual a OMS na iniciativa denominada “*Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde*”, que foi aprovada por 192 países, na Assembleia Mundial de Saúde, realizada em Maio de 2004.

O objetivo desta iniciativa, foi promover e proteger a Saúde orientando o desenvolvimento de ações sustentáveis nos níveis comunitário e regional, de forma a contribuir para reduzir as taxas de doenças e mortes relacionadas com a alimentação inadequada e a inatividade física nas populações.

“A atividade física, a saúde e a qualidade de vida estão intimamente interligadas. Não existe qualquer dúvida quanto ao facto de o sedentarismo ser um fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, que são uma das principais causas de morte no mundo ocidental. Além disso, uma vida ativa proporciona muitos outros benefícios sociais e psicológicos”.

Instituto do Desporto de Portugal (2009:1)

Incentivar a atividade física regular é outra das metas dos PNS (2004-2010), onde propõem a elaboração de recomendações sobre o incentivo à prática de atividade física regular, através da articulação com outras instituições, promovendo ações de incentivo à prática de exercício físico. É importante que as pessoas compreendam os benefícios do exercício físico nas diferentes fases da vida. (PORTUGAL, 2004a).

Sou da opinião que as pessoas podem fazer sempre alguma coisa para melhorar a sua Saúde, e que devem mesmo querer assumir essa responsabilidade. É neste sentido que a

Promoção da Saúde deve ser vista, deve promover a auto-estima e auto-confiança nas pessoas, por forma a capacitá-las ("*empowering*") a terem mais controlo sobre a sua própria Saúde.

Tem, de facto, crescido alguma tensão entre os que defendem afincadamente a abordagem da mudança de comportamentos para estilos de vida mais saudáveis e os que defendem calorosamente a mudança do ambiente físico e sócio-económico para a melhoria da Saúde das pessoas.

Tal como Lalonde (1974) inicialmente evidenciou sobre a necessidade de incrementar os dois determinantes de saúde – Estilos de vida e Meio ambiente –, também assumo que ambas as perspetivas têm a sua razão de ser, e que ambas estão de alguma forma interligadas, já que para haver mudança de comportamento das pessoas é também necessário fornecer as condições ambientais propícias a essa mudança de comportamento.

De fato, todas estas medidas que tenho vindo a descrever anteriormente vão de encontro ao referido na Carta de Ottawa (1986), construir políticas saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde (OMS, 1986).

Na verdade também está nas mãos das pessoas preservar e garantir a sua Saúde, pois como refere Lalonde, (1974:5), "o Sistema de Saúde (...) é apenas uma das formas de manter e melhorar a Saúde, e, para as ameaças ambientais e comportamentais à Saúde, o Sistema de Saúde pouco mais pode fazer do que servir como malha recetora das vítimas".

A aquisição de estilos de vida saudáveis está intimamente relacionada com as políticas de promoção da saúde. Pois através desta, são demolidos comportamentos desfavoráveis e promovidos estilos de vida saudáveis, evitando assim, o risco e a suscetibilidade para a doença.

Tendo em conta ao que foi referido acerca dos estilos de vida saudáveis, considero que a problemática dos Hábitos de vida dos adolescentes se insere neste contexto, pelo que merece destaque, no sub-capítulo a seguir, e uma vez que, faz parte das intervenções por nós realizadas no Estágio de Intervenção Comunitária.

3.1-ADOLESCÊNCIA: A FAMÍLIA, OS PARES E A SOCIEDADE

“Nas duas últimas décadas, têm sido desenvolvidas numerosas iniciativas centradas na Promoção e Educação para a Saúde dirigida aos adolescentes, sendo a sua Saúde e bem-estar entendidos como elementos-chave do desenvolvimento humano” (Costa, 2008:1).

A adolescência, é conceptualizada como o período entre a infância e a vida adulta. O conceito de adolescência como etapa distinta do ciclo de vida é relativamente recente, e as suas delimitações de início e fim, variam ao longo das gerações e de uma sociedade para outra (Bedim, 2009, referenciado por Afonso, 2011).

Ao longo da vida, passamos por diferentes etapas de desenvolvimento, possuindo cada uma delas características muito próprias, que as tornam períodos únicos e distintos.

A adolescência é um período em que se vivem experiências, ocorrem transformações e que se encaram questões, que nunca antes se tinham colocado de um modo muito particular, e que dificilmente se repetirão.

Para Ferreira, Alvim, Teixeira & Veloso (2007:218), a adolescência “é uma categoria sociocultural, historicamente construída a partir de critérios múltiplos que abrangem tanto a dimensão bio-psicológica, quanto à cronológica e a social.”

Esta é uma passagem obrigatória entre a infância e a idade adulta, sendo um fenómeno sociocultural que reflete todos os indícios do mal-estar visível e sensível de uma sociedade em mutação. A adolescência afirma-se como um fenómeno sociocultural no século XX (Huerre, Pagan-Reymond & Reymond, 2000 referenciado por Costa, 2009).

A *World Health Organization* (WHO, 1977) delimitou a adolescência, ao período do desenvolvimento humano compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade. A delimitação da faixa etária a que corresponde esta fase da vida, varia ligeiramente entre os diferentes autores que se têm dedicado ao seu estudo.

Porém, parece ser unânime a ideia de que a adolescência se inicia com as alterações psicobiológicas da puberdade e termina com a inserção social, profissional e económica do indivíduo (Palacios, 1995 & Bee, 1997 referenciado por Costa, 2008).

O adolescente é aquele que está a crescer e amadurecer, quer do ponto de vista orgânico e psicológico, quer na perspetiva social e humana. “A adolescência é, pois, um crescer para a maturidade humana que passa por três fases de maturação: orgânica, psicológica e social” (Tavares & Alarcão, 2002, p.39 citado por Costa, 2009:24)

Prazeres (1998) citado por Costa 2008:7, caracteriza a adolescência como “um período de grande vulnerabilidade social e psicológica, durante o qual decorre o desenvolvimento da função reprodutiva e a determinação do indivíduo como ser único, aspetos essenciais à definição da sua personalidade, identidade sexual e aos papéis que desempenhará na sociedade”.

Do ponto de vista biológico, o seu início ocorre com o aparecimento dos sinais físicos sexuais e a capacidade de reprodução. Socialmente, é um período de transição que decorre

entre a infância, de dependência dos adultos, e a idade adulta, de autonomia económica e social. Do ponto de vista psicológico, começa com a aquisição da maturidade fisiológica e termina com a aquisição da maturidade social, quando se assumem os direitos e deveres sexuais, económicos, legais e sociais de adulto (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social & Saúde, 2003).

“Por este ser um período vulnerável, a experiência do adolescer vai exigir da família, dos Profissionais de Saúde e da Educação uma atenção especial para esse adolescente, ajudando-o a lidar com situações e problemas que possam provocar danos e agravos à saúde”(Davin, Germano, Menezes & Carlos, 2009:132).

A vida social dos adolescentes altera-se através da progressiva libertação da tutela parental e do fortalecimento da relação com os grupos de pares. É caracterizada por um forte empenho dos adolescentes em se tornarem independentes e autónomos relativamente aos seus progenitores, serem capazes de tomar decisões, desenvolver a autoconfiança, a identidade sexual e uma visão do mundo orientada para o futuro. Este processo, é muitas vezes acompanhado de dificuldades que se manifestam na relação com os adultos e por sentimentos de angústia, solidão, dúvida, oscilações ou contradições de comportamentos, e variações de humor aparentemente incompreensíveis (Costa, 2008).

Para Costa (2008:11), “nesta fase podem surgir tensões no seio familiar, resultantes do conflito de gerações, passíveis de ser resolvidos através da compreensão, diálogo, respeito e negociação entre pais e filhos (...) neste processo, assume uma importância relevante a estrutura e estabilidade no quadro de referências familiares, escolares e sociais”.

A adolescência é marcada, ainda, pela passagem ao pensamento formal descrito. Este estágio descreve-se pela grandeza do domínio das ideias, princípios e proposições abstratas. Os adolescentes conquistam um modo de pensamento dinâmico que lhes possibilita a adaptação à realidade e ao quotidiano.

Deste modo, também o contexto extra familiar, particularmente a escola, espaço de enorme relevância temporal, pode ser muitas vezes desencadeadora de conflito no adolescente, especialmente quando, no seu trajeto escolar, os cursos não respondem às suas expectativas, são pouco motivantes, sem uma clara utilidade e relação para o futuro profissional que idealizou, ou quando a escola hipoteca no seu quotidiano o ensaio de competências essenciais ao pleno desenvolvimento da pessoa.

Para Costa (2008:12), “com o desenvolvimento das capacidades interpessoais e cognitivas, coloca-se ao adolescente mais uma tarefa desta etapa do ciclo de vida, baseada no sistema de valores e o juízo moral, que também vão sofrer transformações neste período”.

Considero que, a interação que o adolescente estabelece com o meio influencia, grandemente, o desenvolvimento de valores e normas de conduta, tal como o tipo de interação e relacionamento estabelecidos no seio familiar e os modelos de identificação. Ambientes favoráveis à defesa de valores e princípios éticos são promissores para o desenvolvimento de melhores atitudes morais e autonomia de valores.

Por conseguinte “é nesta fase da adolescência que a construção da identidade se reveste de grande importância, sendo conseguida pelo afastamento progressivo em relação aos pais e pelo estreitamento de relações com o grupo de pares” (Costa, 2008:12).

O grupo desempenha assim um papel decisivo no comportamento do adolescente, fazendo com que este se guie e oriente pelas vivências e experienciadas dentro desse mesmo grupo.

“ Os amigos são uma oportunidade de exploração, crescimento pessoal, fornecendo um contexto de experiência, desenvolvimento e validação de expectativas, de ajuda na adaptação a situações novas, nomeadamente situações de stress, e estão associados a uma percepção de felicidade pessoal, a uma maior autoestima (...).”

(Matos & Sampaio, 2009:332)

Neste sentido, o grupo de amigos, assume uma grande importância atuando como suporte instrumental e emocional e ajudando na resolução de problemas e tarefas relacionadas com o desenvolvimento da identidade.

Dentro do grupo, o adolescente experiencia acontecimentos positivos, e a sua aceitação por parte desse grupo permite-lhe ganhar um sentido de pertença que irá originar uma identidade grupal, com a qual este se identifica.

O grupo de pares surge assim como uma identidade de socialização, onde o adolescente partilha e adquire valores e competências que lhes servem de guia orientador para o seu comportamento. “ Nós olhamo-nos com os olhares que nos olham, com os olhares que trocamos” (Monteiro & Santos, 1995:258).

O crescimento do adolescente implica constantemente a interação entre este e outros indivíduos, daí a importância da família bem como do ambiente social e contexto em que este se processa. “ O comportamento social dos pais medeia o comportamento social com os pares”. (Matos & Sampaio, 2009:329).

O desenvolvimento implica a emancipação dos pais, e a relação adolescente/família possui um papel fundamental na estimulação da autonomia, prestando apoio e criando um ambiente equilibrado para o desenvolvimento da individualidade. Este equilíbrio familiar

permite um ajustamento às necessidades do adolescente, e está associado ao desenvolvimento de condutas sociais.

“ (...) A família tem de delimitar novas fronteiras (...), cada um dos seus membros tem de encontrar um novo lugar, um novo papel, rever os seus investimentos num mundo exterior.” (Gammer & Cabié, 1999:18).

Esta evolução da estrutura familiar permite a construção da identidade, e é neste contexto que se desenvolvem a maior parte das aptidões sociais.

Todos os papéis que foram atribuídos durante a infância são postos em causa, o que se traduz em importantes alterações de intensidade na relação que o adolescente tem com os pais. Se os novos valores são muito diferentes dos da família, ou inaceitáveis, esta pode tornar-se demasiado rígida.

Neste sentido, para que seja possível uma individualização, a família deve ser simultaneamente forte e flexível. Este equilíbrio evolutivo permite ao adolescente experimentar o mundo exterior e regressar aos pais sem que a família seja colocada em perigo. “A flexibilidade é a chave do sucesso para as famílias nesse estágio. Por exemplo, flexibilizar mais as fronteiras familiares e modular a autoridade parental permite maior independência e desenvolvimento aos adolescentes.” (Cruz, 2004)

Os adolescentes precisam da segurança e estabilidade que a família lhes pode passar, adaptando-se às normas parentais face a valores culturais estáveis e perante decisões a longo prazo, como a escolha dos valores socio-económicos, dos hábitos de consumo, da religião e da adesão política. Contudo, é na e com a ação do grupo de pares que absorve os elementos de referência na determinação dos gostos, das preferências, da linguagem e dos modelos de interação individuais e sexuais.

Neste contexto, os adolescentes produzem subculturas próprias, uniformizam as personalidades de culto e fazem difundir estilos de vida diferentes, originadas pela flexibilidade da evolução das sociedades que consente uma enorme multiplicidade de formas de viver a adolescência.

Deste modo, podemos dizer que, nesta etapa da vida do indivíduo, a adolescência, de entre as profundas transformações ao nível biológico ocorrem, também, transformações ao nível psicológico, familiar, social e/ou cultural. O adolescente procura produzir a sua identidade e encontra a sua sexualidade, sendo esta vivida de uma forma bastante ativa.

Helena Fonseca (2005) citada por Costa (2009:25), refere que “os adolescentes crescem a ritmos diferentes, quer a nível somático, quer a nível psíquico, ou seja, evoluem interiormente e exteriormente a ritmos diferentes.

A mesma autora realça ainda que, estas alterações ocorrem em todos os jovens adolescentes, mas em contextos culturais, sociais, económicos, familiares e de Saúde ou doença diferentes, sendo estes cenários determinantes no desenvolvimento do adolescente. Neste sentido a família, escola e pares constituem alicerces de crescimento, contribuindo acentuadamente para a promoção de estilos de vida mais saudáveis.

A transição da infância à idade adulta é um trajeto que leva o jovem adolescente da dependência e pouca responsabilidade até à autonomia responsável.

“É um trajeto, pouco linear, de desenvolvimento cognitivo, psicossocial e psicossexual, que o leva a interrogar-se sobre as alterações do seu corpo e dos seus comportamentos, tornando-o, algumas vezes, muito egocêntrico, acreditando que é imune aos comportamentos de risco e consequentemente à invulnerabilidade” (Fonseca, 2005).

3.2- COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA

Segundo o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com os Estilos de Vida, do Ministério da Saúde “as doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes mellitus, as doenças osteoarticulares e as perturbações da saúde mental, como a depressão) constituem, hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas”. (Ministério da Saúde, 2003:1).

O mesmo documento reconhece que “os erros alimentares, a obesidade, o consumo de tabaco, a ingestão excessiva de álcool, a inatividade física e a má gestão do stress”, são os principais fatores que estão na origem das doenças anteriormente referidas (PORTUGAL, 2003:1).

Estas patologias estão relacionadas com o estilo de vida das pessoas. Os estilos de vida são “o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretado e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais (...)” (PORTUGAL, 2003:2-3).

Os estilos de vida, nem sempre são sinónimos de qualidade de vida e consequentemente podem promover a adoção de comportamentos nefastos para a saúde, levando por isso a inúmeras patologias.

Para Abrunhosa & Leitão (1987:16) citado por Costa (2009:30) designa-se por comportamento “tudo aquilo que os seres vivos fazem, dizem e pensam”. Ou seja, podemos dizer que é a forma como cada personalidade atua numa determinada situação. A formação

desta, está pois, intimamente relacionada com múltiplos fatores quer de ordem fisiológica quer psicológica

Um comportamento de Saúde pode ser entendido como “o padrão de comportamento observável, as ações e hábitos que se relacionam com a manutenção, a cura e a melhoria de saúde” (Russel, 1996:6 citado por Costa, 2009:30).

Deste modo, podemos dizer que, os estilos de vida e os comportamentos de Saúde estão profundamente relacionados, sendo que, estes últimos têm que ser entendidos como consequência de interações num contexto estrutural, cultural, social, não esquecendo os fatores psicológicos. O meio ambiente, os hábitos alimentares, o consumo de álcool e drogas, os hábitos tabágicos, a atividade física e a sexual não segura, são fatores que condicionam um desenvolvimento saudável dos adolescentes.

Para Schenker & Minayo (2005:708) na área de Saúde, “risco é um conceito que envolve conhecimento e experiência acumulada sobre o perigo de alguém ou de a coletividade ser acometida por doenças e agravos”.

Os mesmos autores também definem fatores de risco, como referentes a “condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a Saúde, o bem-estar e o desempenho social” (id).

Alguns desses fatores, referem-se a características dos indivíduos, outros, ao seu meio micro-social e outros ainda, a condições estruturais e socioculturais mais amplas.

O lado negativo do desejo dos adolescentes, em obter prazer com aquilo que parece ser proibido, é o risco que eles correm de se tornar dependentes e comprometer a realização de tarefas normais do desenvolvimento, o cumprimento dos papéis sociais esperados, a aquisição de habilidades essenciais, a realização de um sentido de adequação e competência e a preparação apropriada para a transição ao próximo estágio na trajetória da vida: o adulto jovem. Deste nodo, o termo comportamento de risco aqui presente, refere-se às ameaças ao desenvolvimento bem-sucedido do adolescente.

O aumento dos comportamentos de risco entre os adolescentes, tais como, o *sedentarismo*, os *desequilíbrios nutricionais* (excesso de peso, obesidade, bulimia, anorexia) os *consumos relacionados com o álcool*, o *tabaco* e as *drogas ilícitas*, as *condutas violentas* (mais frequentes nos rapazes) a *morbilidade e mortalidade por acidentes*, e a *maternidade e paternidade precoces*, têm contribuído para um aumento dos problemas de Saúde nos adolescentes. Tal fato, levou o Ministério da Saúde a considerar os adolescentes como um grupo de intervenção prioritária, pelo que urge incentivar, prioritariamente, a adoção de

estilos de vida e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a Saúde (PORTUGAL, 2004a).

Como se tem vindo a referir, muitas das causas de mobilidade e mortalidade na adolescência, são de origem comportamental, contudo é importante referir “que é possível prevenir muitos desses problemas, dada a grande plasticidade comportamental que caracteriza a adolescência” (Simões, 2007 citado por Gonçalves, 2009:35).

É evidente que estes comportamentos têm consequências negativas a nível pessoal. Para além deste tipo de consequências, encontram-se também as consequências a nível social que se poderão traduzir em diversas dimensões de desvantagem social, nomeadamente na integração social e na independência económica.

Grande parte dos adolescentes que referem sentir sintomas de mal-estar físico e psicológico têm mais dificuldades no contexto familiar e escolar. Apresentam ainda, um envolvimento mais frequente no consumo de substâncias e com a violência, comparativamente com os adolescentes que não referem mal-estar (Matos & Carvalhosa, 2001 referenciado por Gonçalves, 2009).

Muitos jovens hoje, e segundo as tendências apontadas em diversos estudos, estão em risco de vida, de adquirir doenças, deficiências e incapacidades, entre outras consequências negativas para a saúde, e uma das questões que nos últimos anos se tem levantado em torno dos comportamentos de risco na adolescência, é a diferenciação entre os diversos comportamentos de risco.

Existem comportamentos de risco que envolvem algum perigo, mas que mais não são do que simples experiências construtivas, que fazem parte do crescimento, e comportamentos de risco que têm potencial para comprometer o desenvolvimento ajustado dos adolescentes.

O desenvolvimento normal do adolescente, envolve uma progressiva independência e autonomia da família, uma maior associação com os pares, a formação da identidade e a maturação fisiológica e cognitiva. Este turbilhão de mudanças, permite ao jovem abrir novos horizontes e experimentar novos comportamentos. E dentro destes novos comportamentos, estão incluídos os comportamentos de risco. (Simões, 2007, referenciado por Gonçalves, 2009)

Lerner e Galambos (1998) referenciado por Simões (s.d), falam de três critérios que podem ser úteis para distinguir estes dois tipos de comportamentos: *a idade de início do comportamento, a duração do comportamento, e o estilo de vida do adolescente*. Os comportamentos de risco quando começam cedo, têm mais probabilidade de se tornar verdadeiros problemas. Se estes comportamentos ultrapassam a experimentação, isto é, se

com o passar do tempo estes comportamentos são mantidos, encontra-se mais um sinal de possíveis problemas futuros.

Por último, se estes comportamentos surgem aliados a outros comportamentos de risco e, como tal, permitem categorizar o estilo de vida do adolescente como estilo de vida de risco, então os adolescentes podem já estar envolvidos em problemas significativos.

Também Braconnier e Marcelli (2000) referenciado por Simões (s.d), falam da necessidade de estar atento aos aspetos quantitativos dos comportamentos de risco, até mais do que os qualitativos, para que perante determinados sinais se realize uma intervenção preventiva.

Entre os sinais apontados pelos autores, encontra-se a *questão da repetição do comportamento de risco* (consumos, violência, problemas escolares) da *duração do comportamento* (durante mais de 3 meses ou mesmo 6 meses ou mais), e a *questão da acumulação de comportamentos de risco* e acontecimentos de vida negativos.

Um aspeto importante e a ter em conta nesta problemática dos comportamentos de risco, é a percepção dos próprio risco. Pois “se um risco não é percebido como tal, é provável que a resposta não seja a mesma que é dada a um comportamento que é percebido como sendo de risco” (Trimpop, 1994 citado por Simões, s.d).

As percepções do risco traduzem-se na percepção da vulnerabilidade pessoal a um determinado acontecimento crítico (Schwarzer e Fuchs, 1995 referenciado por Simões s.d).

Segundo Trimpop (1994) referenciado por Simões, s.d, os fatores mais determinantes na percepção do risco são as preferências pessoais, as experiências anteriores, e as interpretações individuais do risco.

Dentro das interpretações individuais do risco encontra-se uma percepção comum entre os adolescentes, a percepção da invulnerabilidade.

Para Costa, 2009, os Determinantes de Saúde, assumem um papel preponderante no desenvolvimento dos comportamentos de risco, pois são os agentes que regulam a saúde das comunidades e dos indivíduos que as contemplam, pelo que, neste contexto importa compreender os fatores determinantes dos estilos de vida das pessoas.

Segundo Mendoza, Pérez & Foguet (1994) citado por Costa 2009:30, “os estilos de vida desenvolvem-se através de um complexo conjunto e interação de fatores biológicos, psicológicos, micro e macro-sociais e ambientais”.

Assim, os fatores Biológicos (idade, sexo, fatores genéticos) e psicológicos (personalidade, interesses, educação recebida) delimitam as particularidades de cada

indivíduo. Noutra perspetiva, cada indivíduo cresce afetado por fatores do meio micro-social, como a família, amigos, vizinhos, ambiente escolar ou laboral.

Para Branquinho (2000) os Determinantes de Saúde podem ser agrupados nas seguintes categorias de fatores: “*biológicos*” - idade, sexo, fatores genéticos; “*comportamentais e estilos de vida*” - fumar, exercício físico, alimentação; “*ambientais e condições de vida*” - alojamento, água, esgotos, condições de trabalho; “*sociais*” - emprego, estatuto socioeconómico, apoio e rede social de contactos; “*relacionados com o sistema de saúde*” - políticas de saúde, serviços de saúde, acessibilidade e a forma como os cuidados de saúde são prestados.

Segundo o Ministério da Saúde (2003) “os fatores determinantes da saúde decorrem de fatores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos) e de fatores ambientais, económicos, sociais e culturais”, o que torna necessária a implementação de redes e programas centrados em ambientes específicos (escolas, locais de trabalho, cidades, etc) predominantemente orientados para a capacitação dos indivíduos para a adoção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde (PORTUGAL, 2003:2).

Controlar os inúmeros fatores acima mencionados, tem-se tornado num desafio em larga escala para a saúde pública, pois “sendo os comportamentos de saúde um dos principais alvos da Educação para a Saúde, torna-se necessário trabalhar as questões de saúde numa perspetiva multidisciplinar, não esquecendo nenhum dos determinantes”. (Rodrigues *et al.* 2005 citado por Costa, 2009:32).

O sedentarismo e os desequilíbrios nutricionais (excesso de peso, obesidade, bulimia, anorexia) são particularmente graves no Mundo e no nosso país. Em Portugal, segundo o documento “Promoção de Saúde em Meio Escolar. Promoção de uma Alimentação Saudável”, 30% das crianças entre os 7 e os 11 anos são consideradas obesas ou com excesso de peso.

Este estudo foi realizado pela plataforma da União Europeia sobre Dieta, Atividade Física e Saúde, em colaboração com a Associação Europeia para o Estudo da Obesidade, que segundo o documento redigido pela *European Association for the study of Obesity* (2012), com o título *Obesity: The Gateway to Ill Health*,

“Obesity is recognised as a global epidemic and the most prevalent metabolic disease world-wide. Despite significant recent research investment, obesity prevalence rates continue to rise throughout most countries of the world, not least in Europe. The disease therefore incurs an increasingly heavy burden not only on overweight and obese citizens themselves but also on health care systems, the efficiency of the workforce and society at large”.

(European Association for the study of Obesity, 2012:1).

A obesidade é uma porta de entrada para uma série de outras doenças, incluindo, a diabetes *mellitus* tipo 2, doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias, problemas nas articulações, hipercolesterolemia e a hipertensão arterial. Assim, se prevenirmos e controlarmos a obesidade, vamos bloquear uma importante rota de “abastecimento” para essas doenças crônicas. (European Association for the study of Obesity, 2012). Estas patologias são grande parte das vezes adquiridas na adolescência, tendo no futuro complicações irreversíveis.

A obesidade e o excesso de peso em adolescentes, associado a estilos de vida sedentários, têm graves efeitos na saúde e são responsáveis pelo aumento dos fatores de risco de maior morbidade e mortalidade na vida adulta.

Ainda relacionado com o excesso de peso, pode estar a discriminação social e auto-imagem negativa, que, consequentemente, originam problemas de comportamento e de aprendizagem (Ministério da Saúde, 2006).

Sallis & Owen (1999) defendem a ideia que o declínio da atividade física nas crianças e adolescentes em idade escolar deve-se a influências biológicas e sociais. Os mesmos autores referem que “a atividade física pode influenciar a saúde das crianças e adolescentes, porque diminui as causas de morbidade através da redução de peso e do stress psicológico e, por outro lado, a atividade física durante a adolescência pode reduzir o risco de desenvolvimento de doenças crônicas em adulto”. (Sallis & Owen, 1999 citado por Costa, 2009:28)

Segundo a Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2012), “a adoção de estilos de vida menos saudáveis poderá ter consequências negativas na saúde do jovem e na do adulto que ele virá a ser (...)”.

A Plataforma da UE sobre Dieta, Atividade Física e Saúde refere que “European Union citizens are moving too little and consuming too much: too much energy, too many calories, too much fat and sugar, and salt”. (Plataforma da UE sobre Dieta, Atividade Física e Saúde, 2005:1)

Para o Programa Nacional de Saúde Escolar da DGS (2006b), é nesta faixa etária, que se torna fulcral que os técnicos de saúde, juntamente com a escola e os pais, intervenham, promovam e capacitem os adolescentes a ter uma alimentação saudável e equilibrada, pois será através disso, que se conseguirá ganhos em saúde, ao prevenir os erros alimentares que provocam doenças e custos para a população. Para tal, e tendo por base a DGS (2011), a Roda dos Alimentos é um instrumento de educação alimentar que nos ajuda a cumprir uma alimentação saudável:

“A sua forma circular associa-se ao prato vulgarmente utilizado às refeições, e a sua divisão por grupos permite identificar facilmente qual a proporção com que os

alimentos de cada um desses grupos deve estar presente na alimentação diária, incentivando maior consumo dos alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor consumo daqueles que se encontram nos grupos de menor dimensão. Dentro de cada grupo estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes entre si, que devem ser regularmente substituídos entre si de modo a assegurar a variedade alimentar.” (PORTUGAL, 2011)

Assim, durante esta fase do desenvolvimento humano, os hábitos alimentares adquiridos têm importantes repercussões no estado de saúde destes, ao nível do bem-estar físico e emocional.

Outro problema grave entre os adolescentes é o consumo de álcool. “O álcool e a embriaguez constituem o problema número um entre os jovens” (Calafat & Munar, 1999:38 citado por Costa, 2009:27).

Excluindo o tabaco e a cafeína, o álcool é a substância psicotrópica mais consumida pelos adolescentes na União Europeia (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2003).

Em Portugal, tal como na União Europeia, os problemas ligados à ingestão de álcool têm aumentado em proporções preocupantes, constatando-se aumentos de consumos nos adolescentes, principalmente no sexo feminino (Ministério da Saúde, 2003). O aumento de ingestão de álcool no sexo feminino tem-se aproximado dos valores de consumo do sexo masculino.

O Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, com jovens em idade escolar, ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (2007), constatou que a percentagem média de adolescentes que asseguraram já terem bebido álcool pelo menos uma vez durante a vida, é de aproximadamente 89%.

O mesmo estudo aponta a percentagem de 84% de jovens portugueses que referiram ter bebido álcool, pelo menos uma vez na vida e, no que concerne ao consumo de qualquer bebida alcoólica nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias que antecederam o inquérito ESPAD 2007, os valores médios declinam para 79% e 60%, respetivamente (Hibell et al., 2009).

As taxas de consumo aumentam principalmente entre os 13 e os 15 anos de idade, especialmente nos rapazes (Currie *et al.*, 2008). Entre 2003 e 2007, registou-se um aumento acentuado de jovens portugueses que ingeriram esporadicamente álcool em excesso, verificando-se nestes quatro anos um acréscimo de 25% nos rapazes e 34% nas raparigas (Hibell *et al.*, 2009).

Os diversos estudos realizados demonstram que o grau de consumo de álcool propendem a aumentar, especialmente o consumo esporádico e excessivo. Nesta ótica, é primordial investir na educação para os consumos de substâncias psicoativas das crianças e jovens adolescentes, visto que a não ingestão de álcool promove a saúde dos indivíduos.

O tabagismo é outro comportamento crítico de saúde pública, sendo que, a WHO (2006) considera que, a epidemia do tabaco é uma das maiores ameaças à Saúde Pública que o mundo já enfrentou, matando cerca de seis milhões de pessoas por ano. Mais de cinco milhões dessas mortes são o resultado direto do uso do tabaco, enquanto mais de 600 000 são o resultado de não-fumadores, por exposição ao fumo alheio. Aproximadamente uma pessoa morre a cada seis segundos devido ao tabaco, sendo responsável por um em cada 10 mortes de adultos. Até a metade dos atuais usuários acabarão por morrer de uma doença relacionada com o tabaco.

O atual número de mortos vai quase dobrar até 2020 se as tendências atuais continuarem. A prevalência total de fumar é de 29%. Por gênero, 47,5% dos homens e 10,3% das mulheres fumam. O Tabaco mata 50% de seus usuários regulares. Dos 1,3 bilhões de fumantes vivos hoje, 650 milhões acabará por ser morto pelo tabaco. Destes, 325 milhões entre as idades de 35 e 69.900 milhões de fumantes, ou 84% ou total mundial, vivem em países em desenvolvimento e economias em transição (WHO, 2006).

Em 2030, 70% das mortes atribuíveis ao tabaco ocorrerão nos países em desenvolvimento. 100 milhões de mortes foram causadas pelo tabaco no século 20. Se as tendências atuais continuarem, haverá um bilhão de mortes no século 21 (WHO, 2006).

A WHO (2008:14) refere ainda que “although tobacco deaths rarely make headlines, tobacco kills one person every six seconds. Tobacco kills a third to half of all people who use it, on average 15 years prematurely”.

Ora se, os adolescentes iniciarem o consumo desta substância tão precocemente como é perceptível tendo em conta a sua faixa etária, supõem-se que, no futuro venham a sofrer as repercussões de terem iniciado este vício que pode conduzir à morte.

A epidemia do tabaco matou 100 milhões de pessoas no século XX e mata atualmente 5,4 milhões por ano, devido ao cancro do pulmão, doenças cardiovasculares e outras doenças (WHO, 2008).

São muitas e em vários âmbitos as recomendações feitas pela OMS nesta problemática, pelo que, cabe a cada um de nós, ter um papel ativo e proactivo, com o intuito de evitar exposição a este fator de risco. Os indivíduos que iniciam o consumo numa fase mais precoce da vida, acumulam efeitos mais nefastos para a Saúde.

Assim, a missão da “Iniciativa Sem Tabaco” da OMS, é reduzir a carga global de doenças e mortes causadas pelo tabaco, protegendo assim as gerações presentes e futuras das arrasadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e económicos do uso do tabaco e da exposição ao fumo do tabaco. (Tobacco Free Initiative, WHO, 2006)

Um outro estudo, este realizado em território nacional, que tem investigado a saúde na adolescência é o estudo "*Health Behaviours in School-aged Children (HBSC/OMS)*". Trata-se de um estudo colaborativo da OMS na Rede Europeia, que está a ser realizado em mais de 40 países, e que recolhe dados de 4 em 4 anos de modo a monitorizar as evoluções neste campo.

O intuito deste estudo, é conhecer os comportamentos ligados à Saúde, os estilos de vida e respetivos contextos nos jovens em idade escolar. Pretendeu-se compreender a forma como os jovens compreendem a sua saúde.

Os dados recolhidos neste estudo ao longo dos últimos anos, têm evidenciado que a maioria dos adolescentes portugueses ultrapassa este período das suas vidas sem mostrar grandes problemas. No entanto, uma (preocupante) minoria evidencia contextos, processos e comportamentos lesivos da sua saúde. (Matos *et al*, 2012).

Os resultados do estudo HBSC (Health Behaviour in school-aged Children) efetuado em 2006, permite-nos comprovar que são os adolescentes masculinos e mais velhos, aqueles que mais frequentemente experienciam ou consomem tabaco. Em Portugal confirma-se um aumento da prevalência do consumo de tabaco durante a adolescência, sendo público que as taxas de consumo ampliam concisamente entre 13 e os 15 anos de idade. Este é um comportamento típico dos rapazes no início da adolescência mas, no decorrer da mesma passa a ser um hábito mais executado e fixado pelas raparigas (Currie *et al*, 2008).

Os resultados do inquérito ESPAD (2007), evidenciam que, em média, 58% dos estudantes dos países que contemplam o estudo, asseguraram já ter fumado pelo menos uma vez na vida, 29% fumaram nos últimos 30 dias e 2% destes últimos fumaram pelo menos um maço de cigarros por dia.

Portugal foi um dos países onde se registou uma das menores taxas (19%) de consumo de cigarros nos últimos 30 dias.

No que diz respeito à evolução da prevalência ao longo da vida, para o consumo de tabaco, é de registar uma descida acentuada entre 2003 e 2007.

Esta propensão de descida também se confirmou nos adolescentes Portugueses, tendo-se registado, no referido período, um decréscimo de 10 pontos percentuais, contudo, mais de metade (52%) dos jovens portugueses já experimentaram fumar (Hibell *et al*, 2009).

Por se tornar numa problemática de ordem pública, é fundamental investir na prevenção e promoção de hábitos de vida saudáveis nos nossos adolescentes. Assim sendo, implica atacar na prevenção do consumo de tabaco na adolescência. É pertinente e primária que os profissionais ligados à área da saúde e da docência que estejam sensibilizados e estimulados para os problemas associados ao tabagismo. Os professores são baseais na prevenção por comunicarem com crianças e adolescentes, diretamente e em períodos regulares e alargados durante os períodos letivos.

Contudo, a problemática dos consumos não se restringe apenas ao tabaco, mas também um vasto leque de substâncias psicoativas prejudiciais à saúde, e que, são hoje, também uma realidade entre os adolescentes.

A DGS (2011) refere que as substâncias Psicoativas são “substâncias que afetam o sistema nervoso central, estimulando-o, deprimindo-o ou interferindo de outra forma no seu funcionamento”.

Delas são exemplo as bebidas alcoólicas, o haxixe, a cocaína, a ecstasy ou alguns medicamentos como os ansiolíticos ou os antidepressivos. O café ou o tabaco contêm também substâncias psicoativas.

A reorganização psíquica do adolescente, neste período de crise/conflito que é a adolescência, expõem-no a manifestações de comportamentos como o consumo de substâncias, a delinquência e a marginalidade.

Assistimos presentemente, a elevados consumos quer de álcool, tabaco e outros tóxicos pelos jovens, justificando as suas causas a partir de variáveis psicológicas ou sociais.

Segundo Morel, Hervé & Fontaine (1998: 67):

“ (...) o estado de dependência é portanto a matriz em que se vai iniciar e memorizar a experiência da necessidade do prazer; uma matriz em que a angústia vai encontrar significações, apaziguamentos, representações imaginárias e mecanismos de defesa, para diferir o estado de frustração e para produzir a satisfação.”

Nesta perspetiva, o triunfo máximo na utilização de ações de prevenção sobre o tabagismo, álcool, e outras drogas nos adolescentes, passa por uma articulação entre profissionais de saúde e professores, dentro de um modelo de Escolas Promotoras de Saúde, acometendo à dimensão curricular, psicossocial, ambiental e comunitária.

Para Costa (2009:30) é urgente (...)

“Implementar estratégias preventivas de comportamentos de risco para a saúde que envolvam os discentes, estimular o desenvolvimento de competências que permitam aos alunos enfrentar situações de tomada de decisões conscientes, tornando-os capazes de prever as consequências das suas decisões, são a principal

missão de um professor em Educação para a Saúde”.

4- A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

“Enfermagem Comunitária é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade”

(Correia *et al*, 2001:76)

O conceito de uma Enfermagem Comunitária centralizada no trabalho com as famílias, já vem a ser realizado pelos núcleos inovadores da Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários, mas admitiu um recente impulso na Conferência Ministerial de Enfermagem, da OMS, que produziu a Declaração de Munique em junho de 2000 (Ordem dos Enfermeiros 2011).

Refere-se a uma prática direcionada para a comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, oferecendo especial destaque à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade (Correia *et al*, 2001).

Conhecendo a história da Enfermagem Comunitária e o modo como se tem intersectado com a da Enfermagem Pública, as práticas de saúde comunitária iniciam-se nas civilizações mais antigas.

Na Antiga Babilónia, admitia-se que as doenças eram causadas por pecados e por não se agradar aos Deuses. Assim, os doentes eram vistos como sujos, precisando de ser higienizados de serem “purificados”.

Por outro lado, os povos egípcios apelavam aos princípios fundamentados na observação e no conhecimento empírico, em vez dos atos de magia.

Mais tarde, já na Antiga Grécia, a visão sobre a saúde direcionava-se nos poderes milagrosos da natureza, “(...) viam a prestação dos cuidados de saúde como uma responsabilidade da sociedade civilizada.” (Lancaster, 1999:4-5). Nesta altura associa-se a primeira figura feminina ligada aos cuidados de saúde, Aesculapius.

Na idade Média, é quando surge os primeiros conceitos de educação para a saúde, higiene pessoal e promoção de hábitos de vida saudáveis relacionados com a alimentação.

“(…) O aparecimento de mosteiros e conventos como locais onde se tratava de pessoas doentes levou ao desenvolvimento inicial das atividades de enfermagem.” (Lancaster, 1999:5)., havendo assim um desenvolvimento da Saúde Pública.

Nessa fase surgiram os primeiros hospitais, mas esses eram estabelecimentos destinados sobretudo à caridade e não à cura dos doentes. Também nessa época a farmácia ganhou

impulso mas graças, sobretudo, à contribuição árabe no uso de plantas e de drogas (Scliar, 1988).

Do final do século XIII até ao início do século XVI, a prática da enfermagem sofre uma evolução associada aos movimentos renascentistas e de reforma protestante, “avançando para a objectividade da observação e da experimentação” (Geovanini, 2010:18 citado por Costa, 201: 30).

Com a Revolução Mercantil tem início a Idade Moderna, assinalada pelo desenvolvimento do comércio e pela urbanização. “O surgimento das cidades gerou problemas apreciáveis de Saúde Pública, sobretudo em termos de doenças transmissíveis” (Scliar, 1988:88).

A fase científica da Saúde Pública achou um fundamento tecnológico na Revolução Industrial. “O hospital, que até então fora um depósito de doentes, administrado em moldes caritativos passa a ser visto como instituição recuperadora da saúde” (Scliar, 1988:88).

Florence Nightingale foi a sua precursora, através das primeiras medidas de assepsia aplicadas aos cuidados de enfermagem prestados na Guerra da Crimeia, uma vez que,

“esta guerra representou uma verdadeira hecatombe, demonstrando que a organização Hospitalar Britânica não havia evoluído grandemente desde as Guerras Napoleónicas (...) 250 mil pessoas morreram devido à alta incidência de doenças infecto-contagiosas, desorganização dos hospitais de campanha e deficientes condições sanitárias no terreno que se traduziram em elevada mortalidade entre os soldados feridos ou doentes” (Lopes & Santos, 2010:184).

Devido ao excelente trabalho desenvolvido por Florence em Inglaterra, surge a criação da Primeira escola de Enfermagem, St. Thomas ' Hospital, em Londres.

Quase simultaneamente, em Portugal, o desenvolvimento sócio-político e cultural que se verificava no reinado de D. Luís I (1861-1889) veio contribuir para que se tornasse uma realidade o que há muito era desejado pelo pessoal médico e responsáveis administrativos dos hospitais, ou seja, a criação de uma escola para formar enfermeiros (Costa, 2011).

De acordo com Waldow, Lopes e Meyer (1997) citado por Costa (2011:33), “podemos dizer que estamos na segunda fase do processo de desenvolvimento do ensino de enfermagem, relacionada com o “modelo vocacional” de Florence Nightingale, aliado à criação da enfermagem profissional moderna”.

Ao passo disso, surgem as primeiras visitas domiciliárias, protocoladas para o cuidado aos mais desfavorecidos, com a finalidade de detetar os problemas de saúde que mais os atingiam.

Em 1920, é definida, pela primeira vez, por Winslow, Saúde Pública, como a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante esforço da comunidade. Esta abrangia as áreas do saneamento básico, da educação dos indivíduos sobre higiene pessoal, da organização dos serviços médicos e de enfermagem no diagnóstico precoce e tratamento das doenças, e para o desenvolvimento de uma estrutura social que assegurasse a cada indivíduo um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

O surgimento da Enfermagem Comunitária, deve-se assim ao aparecimento dos primeiros cuidados hospitalares, e claramente ao desenvolvimento e evolução da Enfermagem de Saúde Pública.

Verifica-se assim que, diversas alterações pedagógicas foram efectuadas ao longo dos tempos, tendo havido a preocupação de incluir critérios de ordem moral na seleção dos candidatos. A evolução e o desenvolvimento da Enfermagem tem passado pela sua afirmação e reconhecimento, enquanto disciplina e profissão, caminhado no sentido do Cuidar em enfermagem.

Estas particularidades assemelhavam-se ao que Florence Nightingale recomendava para a formação das suas alunas, que viviam sob uma forte disciplina e exigência de grandes qualidades humanas “sóbrias, honestas, verdadeiras, dignas de confiança, pontuais, calmas, limpas e asseadas, pacientes, alegres e amáveis” (Nightingale, 1989; 6 citado por Costa, 2011:34).

Ser enfermeiro é acima de tudo salvaguardar os direitos do doente, é promover, aumentar a sua auto-estima, estabelecer uma relação empática onde ele volte a sentir-se amado e respeitado. A Enfermagem “Organizou-se e profissionalizou-se, com o objetivo de cuidar das pessoas, para que estas mantivessem, recuperassem ou melhorassem o seu estado de saúde ao maior grau de independência e bem-estar possíveis, dentro dos seus limites “ (Freitas, sd).

Todas as qualidades do Cuidar são fundamentais já que integram uma condição do Humanismo. Neste contexto, reconhece-se à Enfermagem e ao Enfermeiro, requisitos e atributos que os distinguem e caracterizam como fundamentais para a prática do cuidar.

4.1- AS COMPETÊNCIAS E A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

“Os papéis do Enfermeiro Comunitário são variados e são um desafio.”

Lancaster (1999:4)

A saúde de cada pessoa depende de vários aspetos, nomeadamente do seu projeto de vida, do seu sentido de felicidade e dos comportamentos e estilos de vida, ou seja, “cada cidadão é ator e autor de um percurso de vida, com implicações na sua saúde e das pessoas com as quais interage” (Simões, Nogueira, Lopes, Santos & Peres, 2011).

A formação Especializada em Enfermagem Comunitária constitui-se como um imprescindível contributo na construção e consolidação do futuro modelo de intervenção, baseado num modelo teórico e operativo, o processo de definição desta especialidade,

O processo de definição desta especialidade em enfermagem, clarifica o perfil de competências deste enfermeiro e ajuda-o a participar nos processos de tomada de decisão, como co-gestor e co-organizador de recursos que potenciem as capacidades da família/grupo/comunidade para a gestão da sua saúde.

Neste contexto, e considerando que as intervenções de enfermagem de Comunitária requerem a utilização de modelos suficientemente flexíveis e ajustáveis aos contextos de saúde e sociais das famílias/grupos ou comunidades, pareceu-me importa identificar alguns pressupostos a respeitar na implementação da metodologia de trabalho destes profissionais diferenciados. Assim:

1. Os cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária são os que tomam por foco de atenção as dinâmicas internas da família, dos grupos ou das comunidades, e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente e que geram mudanças nos processos intra-familiares e na interação da família, do grupo ou da comunidade com o seu ambiente;
2. O exercício profissional dos Enfermeiros Especialista em Enfermagem Comunitária, desenvolve-se no contexto dos CSP, especificamente nas Unidade de Saúde Familiar (USF) e nas Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados UCSP;
3. Os Enfermeiros que atualmente integram as USF e as UCSP deverão, de forma gradual, adquirir as competências exigíveis para a sua intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária;
4. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária responsabiliza-se pela prestação de cuidados de enfermagem a um grupo de famílias, de grupos ou de comunidades, de uma área geográfica específica, nas diferentes fases do ciclo vital das mesmas, e aos diferentes níveis da prevenção, em particular nas que originam situações de maior vulnerabilidade;

5. As práticas clínicas dos enfermeiros devem ser suportadas por um sistema de informação que garanta o registo e monitorização e que reflitam os resultados em termos de *outputs* e *outcomes*, sensíveis aos cuidados de enfermagem;

6. As consultas de Enfermagem em Saúde Reprodutiva, Saúde materna, Saúde infanto-juvenil, Saúde do adulto, em especial o portador de doenças crónicas, nomeadamente metabólicas e de risco cardiovascular, e a Saúde do idoso, essencialmente no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença ou de complicações, têm como referencial a “Carteira Básica de Serviços” (Anexo I da Portaria n.º 1368/2007) e constituem a base das suas intervenções nas USF e UCSP.

(Nunes, *et al*, 2012)

Por este motivo, na sociedade atual espera-se que todos tenham meios e recursos que lhes permitam desenvolver capacidades e competências para traçar um caminho pessoal e coletivo em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.

Deste modo, “ a Educação para a Saúde surge como um meio facilitador deste percurso, no sentido de preparar os indivíduos para um papel ativo na saúde (...) ajudar as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde” (Simões *et al*, 2011).

Para que se possa dar resposta às exigências importa pela população, assume-se assim, o desenvolvimento de uma enfermagem capaz de consolidar a sua intervenção em “práticas baseadas na evidência”, trabalhando em equipas multidisciplinares e multisectoriais, na tentativa de atender às necessidades reais do indivíduo e/ou comunidade e promover a participação ativa respectivo processo de saúde, tendo por base a sua capacitação e empoderamento. Assim, é emergente formar enfermeiros que se especializem nesta área de atuação e possam dar o seu contributo junto da população.

No n.º 3 do Artigo 4.º do Capítulo II do REPE publicado no DL n.º 104/98, de 21 de Abril e que veio trazer algumas alterações ao DL n.º 161/96 de 04 de Setembro (data da primeira publicação do REPE), é definido enfermeiro especialista,

“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (REPE, 1998:7).

Mais tarde, o organismo que regulamenta a prática dos Enfermeiros (OE), publica o Regulamento n.º 122/2011 (2011:8648) de 18 de Fevereiro, definindo as competências comuns do enfermeiro especialista, mais concretamente no preâmbulo do documento, onde é descrito que o enfermeiro especialista,

“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648).

No mesmo regulamento, é referido que o Enfermeiro Especialista independentemente da sua área de especialização deve demonstrar

“competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...) envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648).

O mesmo Regulamento, define ainda quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista como a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e as aprendizagens profissionais.

Deste modo, o Enfermeiro Especialista deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético -deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente. Deve apresentar uma prática que respeita os direitos humanos, analisar e interpretar em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes. Colaborar na concepção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetuar a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional. Reconhecer que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avaliando a qualidade, e, partindo dos resultados, implementar programas de melhoria contínua.

O Enfermeiro especialista deve ter em conta a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, promovendo a envolvimento adequada ao bem -estar e gerindo o risco. Deverá, igualmente, ser capaz de garantir a segurança e qualidade das tarefas delegadas; adaptar a liderança e a colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade. Por fim, a sua capacidade de auto -conhecimento, é fundamental na prática de enfermagem, baseando a sua conduta em fortes padrões de conhecimento (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648)

Relativamente às Competências Específicas o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, o Regulamento nº 128/2011 (2011:8686), refere no seu preâmbulo que ,

“o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde”.

Assim, segundo o mesmo regulamento, ao Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, cabe “atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade”.

Da mesma forma, deve “identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários (...)” (Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).

Remetendo para um dos conteúdos fundamentais para a elaboração de Diagnósticos de Saúde e consequente para a realização de Intervenções Comunitárias, o Planeamento em Saúde também assume destaque nas Competências dos Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, pois no artigo 4.º, é definido que este,

- “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
 - b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
 - c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
 - d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”
- (Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).

Por tudo o que já foi referenciado, é das suas funções criar e planear programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta a identificação das reais necessidades que as pessoas têm na área da saúde.

Para além disso, está previsto no Código Deontológico “o dever de todos os enfermeiros trabalharem a área de informação através da EpS, encorajando a independência e o desempenho autónomo das pessoas.” (Simões *et al*, 2011)

De uma forma geral, a promoção da saúde e a educação para a saúde assumem um papel preponderante nas áreas de maior Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, fomentando sempre a integração ativa dos cidadãos.

4.1.1- Teoria da Aprendizagem Social de Bandura

O meio social em que vivemos, faz parte da nossa vida e contribuiu de maneira significativa para o desenvolvimento humano. A família, a escola, a comunidade são grupos sociais nos quais somos inseridos em determinadas fases do desenvolvimento e que, contribuem para o desenvolvimento da aprendizagem.

Albert Bandura, psicólogo cognitivo, de origem canadense, da Universidade de Stanford, que criou a Teoria Social Cognitiva que inicialmente era conhecida como Teoria da Aprendizagem Social.

O ser humano é um ser social, vive em grupo, é influenciado por ele e também exerce influência sobre ele.

Albert Bandura oferece uma base teórica consistente para percebermos o indivíduo como integrante de um grupo, que influencia e é influenciado pelo mesmo.

Para Torisu & Ferreira (2009:170) citando Bandura (2008:71):

“As pessoas não são apenas hospedeiras e espectadoras de mecanismos internos regidos pelos eventos ambientais. Elas são agentes das experiências, ao invés de simplesmente serem sujeitas a elas. Os sistemas sensorial, motor e cerebral são ferramentas que as pessoas usam para realizar as tarefas e os objetivos que conferem significado, direção e satisfação às suas vidas.”

O comportamento humano criado a partir da interação do indivíduo com o meio, pode oscilar de indivíduo para indivíduo.

A teoria sócio-cognitiva de Bandura (1977) “preocupa-se com a aprendizagem que tem lugar no contexto de uma situação social e sugere que uma parte significativa daquilo que o sujeito aprende, resulta da imitação, modelagem ou aprendizagem observacional” (Vasconcelos, Prais & Ferreira, 2003:13).

Esta teoria, representa uma teoria de aprendizagem com extensas capacidades de adaptação e aplicação ao contexto escolar. Nesta perspectiva, “a aprendizagem é, essencialmente, uma atividade de processamento de informação, permitindo que condutas e eventos ambientais sejam transformados em representações simbólicas que servem como guias de ação” (Vasconcelos, Praia & Almeida, 2003:13 citando Bandura, 1986).

Segundo Torisu & Ferreira (2009), na teoria social cognitiva, o comportamento do indivíduo, os fatores pessoais e o ambiente influenciam-se mutuamente numa relação denominada reciprocidade triádica. Isto significa que se tem que ter em conta o comportamento, os determinantes pessoais do comportamento – os fatores cognitivos, afetivos e biológicos – e as influências ambientais (Gonçalves, 2007).

O tema da aprendizagem social e da imitação deve ser relacionado com o processo de socialização. A socialização é o processo de interações através do qual o comportamento do indivíduo se modifica para que se adapte às expectativas que os membros do seu grupo de pertença têm acerca dele. Estes mecanismos são fundamentais para entender a aprendizagem social (por exemplo, a aprendizagem dos papéis sexuais, do comportamento agressivo ou altruísta, dos hábitos e normas culturais, dos comportamentos do grupo de adolescentes, etc) em geral e a aprendizagem escolar em particular. (Gonçalves, 2007).

O ambiente escolar é, sem dúvida aquele onde o indivíduo passa grande parte do seu tempo, pelo que, é natural que o seu comportamento seja afetado pelas relações desenvolvidas com a comunidade escolar.

Neste sentido, a teoria social cognitiva tem muito a contribuir, pois para Pajares e Olaz (2008:97) citado por Torisu & Ferreira (2009:170):

“usando a teoria social cognitiva como referência, os professores podem trabalhar para melhorar os estados emocionais de seus alunos e para corrigir suas autocrenças e hábitos negativos (fatores pessoais), melhorar suas habilidades acadêmicas e práticas auto-regulatórias (comportamento) e alterar as estruturas da escola e da sala de aula que possam atuar de maneira a minar o sucesso dos estudantes.”

Dos vários contributos que o professor pode oferecer aos seus alunos, para que estes consigam alcançar um ensino de qualidade, a de estimular o desenvolvimento de crenças de autoeficácia mais robustas e favoráveis é uma das mais importantes.

A noção de autoeficácia é uma dos pilares da teoria social cognitiva. Para Bandura (1986:391 citado por Torisu & Ferreira, 2009:171), a autoeficácia percebida “é definida pelos julgamentos das pessoas sobre suas capacidades em organizar cursos de ação requeridos para obter determinados tipos de desempenho.” A auto-eficácia percebida é a crença da pessoa de que pode controlar a sua motivação, o seu comportamento e o ambiente social, e constitui o elemento central desta teoria.

Bandura (1989:135) referenciado por Vilaça (s.d) salienta que “o importante não é que as dificuldades despertem dúvidas, o que é uma reação natural imediata, mas o grau e velocidade de recuperação dessas contrariedades”.

A capacidade de reaquisição rápida da percepção de auto-eficácia é que conta na manutenção da mudança de hábitos de saúde.

Se numa perspetiva behaviorista, o comportamento deve ser reforçado tendo em vista a sua aquisição e manutenção, na aprendizagem modelada, mesmo quando reforçadas, as aprendizagens pressupõem experiências prévias de observação (Vasconcelos, Praia &

Almeida, 2003), ou seja, através do progresso de padrões cognitivos que facultam um guia possível para o comportamento, naturalmente, os conhecimentos levam a uma organização da estrutura cognitiva armazenada em imagens visuais, alcançando-se assim, a aprendizagem como uma aglomeração de uma nova informação na memória.

Bandura defende ainda os seguintes conceitos na sua teoria:

- ✓ A aprendizagem é, em grande medida, fruto de uma atividade cognitiva de processamento de informação durante a qual a informação sobre o comportamento e sobre o meio é transformada em representações simbólicas que servem para orientar o comportamento futuro;
- ✓ A aprendizagem do comportamento envolve as consequências da ação, admite que a cognição influencia a mudança comportamental;
- ✓ Parte da aprendizagem humana ocorre de forma vicariante, ou seja, na ausência de um comportamento manifesto do sujeito, o que resulta da capacidade de aprendermos por observação, com os outros;
- ✓ Esta capacidade de aprender pela observação de outras pessoas abrevia o processo de aprendizagem (pode-se aprender um comportamento sem ter que o executar obrigatoriamente) e tem valor de sobrevivência (o sujeito não tem que testar por sua conta e risco atos perigosos ou experienciar consequências negativas).
- ✓ O ser humano tem capacidades de auto-regulação do comportamento que resultam da mediação simbólica. (Gonçalves, 2007).

De acordo com Bandura podemos aprender por *observação*, por *imitação* e por *reforço*. Estes três processos resultam da intercepção entre forças externas (estímulos do meio) e mecanismos cognitivos de auto-regulação do comportamento. O que está em jogo no caso das aprendizagens sociais, no caso da aquisição de condutas sociais, é o processo de aprendizagem por modelação (ou por observação, ou vicariante) (Gonçalves, 2007).

A aprendizagem direta e os seus resultados positivos ou negativos “têm influência no conjunto das nossas aprendizagens, mas o reforço diferencial de respostas não é o único mecanismo de aprendizagem”. (Gonçalves, 2007:81).

Bandura identifica quatro processos cognitivos interrelacionados que são postos em jogo durante o processo de aprendizagem por observação ou modelação. Estes processos são a *atenção*, a *retenção*, a *produção* (retenção motora) e a *motivação* ou *reforço* (Gonçalves, 2007).

Na teoria de aprendizagem social, Bandura, usa o processo de auto-eficácia percebida para a mudança de comportamento auto-regulado, pois argumenta que, para realizar

mudanças auto-reguladas, as pessoas necessitam não só de ter razões para alterar os hábitos de risco, mas também meios e recursos para o fazer. (Vilaça, s.d.).

Por outras palavras, as mudanças de comportamento só ocorrem se forem explicadas às pessoas as razões para alterarem os seus hábitos e comportamentos, e também se lhes forem proporcionados meios para o fazerem.

A abordagem da Educação para a Saúde orientada para os estilos de vida tem uma visão mais compreensiva da Saúde que a abordagem médica, no entanto, há uma crescente frustração com essa abordagem por causa da falta de resultados positivos na mudança de comportamentos e da tendência para “culpar a vítima” por se assumir que as pessoas são individualmente responsáveis pelas suas ações e, por isso, são responsáveis pelo seu status de saúde.

A abordagem dos estilos de vida incluída nos “modelos modernos” falha ao não reconhecer os problemas estruturais (sociais, políticos e económicos) em que os comportamentos estão imersos e que influenciam fortemente, embora de forma indireta, a saúde.

II – CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1- ESCOLAS SECUNDÁRIAS: MOUZINHO DA SILVEIRA

Em 1851, a cidade de Portalegre foi contemplada com um Liceu Nacional, por ser Capital de Distrito. Nesta altura era apenas um liceu masculino e eram determinadas como cadeiras específicas Agricultura e Economia Rural. Porém, no seu primeiro ano de funcionamento, as aulas ocorriam em casa dos professores, e só em Julho de 1852, o Governo decretou a instalação do Liceu Nacional de Portalegre, no Seminário Episcopal.

Por necessidade de mais espaço físico, o Liceu mudou o seu funcionamento para as instalações do Convento de São Bernardo, e mais tarde, em 1887 para o Palácio Achaioli.

Em 1916, decorridos 65 anos do início do funcionamento do Liceu, o professor António José Lourinho propôs que o Liceu se passasse a chamar Mouzinho da Silveira, em homenagem a José Xavier Mouzinho da Silveira, individualidade que nasceu em Castelo de Vide, tendo sido Jurisconsulto, Político e uma das personalidades de grande relevo da Revolução Liberal.

Nos finais da década de 50, foi autorizado um curso complementar para a componente de Ciências e por seguinte na década de 60, o liceu foi contemplado com todo o ensino secundário.

Em 1967, foi tomada a decisão de construir um novo edifício, que só ficou concluído em 1975, edifício que conhecemos nos dias de hoje.

Quanto ao número de alunos no século XIX, sabe-se que no início eram apenas 19, e cerca de 50 no final dos anos 50, chegando aos 100 alunos no final dos anos 80. Houve uma recaída para 50 alunos, no início do século XX.

Após a passagem do Liceu à categoria de Liceu Central, verificou-se um novo aumento do número de alunos para cerca de 200 alunos, situação que se manteve até perto dos anos 50.

Situada em Portalegre, cidade sede de concelho e de distrito do alto Alentejo, a Escola Secundária Mouzinho da Silveira, recebe alunos da sua área geográfica de influência e outros provenientes de concelhos limítrofes, nomeadamente, Castelo de Vide, Marvão, Crato, Monforte e Arronches.

Engloba o Agrupamento de Escolas do Bonfim e recentemente, sofreu remodelações, pela entidade Parque Escolar, face às diretrizes definidas pelo Programa de Modernização das Escolas do Ensino Secundário, tendo por base as novas exigências decorrentes do projeto educativo da escola, e ainda dos modelos de ensino-aprendizagem contemporâneos e dos atuais parâmetros de qualidade ambiental e eficiência energética

As instalações distribuem-se por seis blocos que, ultimamente, têm sofrido no seu interior, obras de restauro e pintura e colocação de ar condicionado, aquecedores e equipamentos informáticos.

As 47 salas de aula, repartem-se pelos blocos A, B,C e F, existindo em cada um deles uma sala de professores. Os Laboratórios de Ciências Naturais (1), Química (2), Física (1), e informática (3), o Biotério e o anfiteatro funcionam no bloco A. O pavilhão desportivo e respetivas instalações funcionam no bloco E, e a maioria dos serviços, incluindo conselho executivo, e duas salas de professores concentram-se no bloco D.

Todas as salas de aula possuem computador e projetor, sendo que algumas possuem ainda quadros interativos.

O nosso campo de estágio cingisse aos Blocos C e F, uma vez que pela própria dinâmica da escola é no Bloco C que são lecionadas as aulas de todas as turmas de 7º Ano, e é no Bloco F que decorrem as aulas de todas as turmas do 8º Ano.

O espaço físico global da escola foi reorganizado através da remodelação das estruturas já existentes com a construção de um novo corpo destinado à biblioteca, sala polivalente e espaço museológico, interligado com os “blocos” já existentes.

A Biblioteca assume-se como um espaço pedagógico e um recurso educativo de livre acesso, que apoia o desenvolvimento curricular, a leitura e literacias da informação, as atividades livres, extracurriculares e de enriquecimento curricular, sendo também um espaço para ocupação de tempos livres e de lazer.

No mesmo espaço escolar, estão instalados o centro de formação de professores do Nordeste Alentejano e a associação de Teatro Jovem de Portalegre- Amaia.

A Escola Mouzinho da Silveira, herdeira do antigo Liceu Nacional de Portalegre, por isso carregada de história e simbolismo, transformou-se numa escola secundária que integra também o 3º ciclo do ensino básico.

Perante a diminuição da população escolar, optou, a par da manutenção do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário, pela diversificação da oferta educativa e passou a ministrar cursos tecnológicos, profissionais e de educação e formação.

Em termos de oferta formativa, a ESMS possui Cursos Científico-humanísticos de Ciências e Tecnologias e Línguas e Humanidades (10.º, 11.º e 12.º anos); Curso Tecnológico de Desporto (10.º, 11.º e 12.º anos); Curso Profissional de Animador Sociocultural (1.º, 2.º e 3.º anos) e Curso Profissional de Técnico de Multimédia (2.º e 3.º anos); Curso Profissional de Técnico de Gestão de Equipamentos Informáticos (1.º e 2.º anos); Curso de Educação e

Formação de Proteção e Prestação de Socorros (Tipo 2 – Ano 1); Ensino Básico Regular (7.º, 8.º e 9.º anos) (ESMS, 2010).

No ano letivo 2012/2013, foi frequentada por 736 alunos matriculados, distribuídos desde o 7º Ano até ao 12º Ano de Escolaridade; 96 Docentes que desempenham funções no estabelecimento de ensino; 12 Administrativos; 18 Assistentes operacionais.

1.1– PRINCIPIOS E VALORES

A missão da ESMS tem como principal pressuposto, a preparação de cidadãos dotados dos valores estruturantes da nossa sociedade e das necessárias competências para um bom desempenho profissional ou uma correta opção em termos de formação superior. Procura, para além da formação científica e tecnológica, desenvolver valores da democracia e do humanismo, como a solidariedade e a tolerância, a responsabilidade e o rigor.

Todo o trabalho desenvolvido na Escola tem um ponto comum: o aluno, pois sabe-se que a escola existe porque há alunos que a procuram, que o trabalho que com eles desenvolve será projetado nos cidadãos adultos que estes irão ser. Considero que, atualmente não é fácil dar resposta à heterogeneidade da população que a procura.

Com a realização do Plano Anual de Atividades pretende-se tirar o máximo partido do contexto curricular (letivo ou não) e criar um espaço privilegiado para desenvolver competências e experiências diversas, para aprender a sistematizar a informação, para olhar criticamente a realidade social, para aprender a problematizar, a equacionar questões e a formular hipóteses de solução.

Assim, a escola deve responder às legítimas expectativas dos jovens, das famílias e das necessidades da sociedade.

De acordo com o seu Projeto Educativo 2010/2013, a ESMS afirma que, (...) “deve pautar-se pelos princípios consagrados na Constituição e na Lei de Bases do Sistema Educativo” designadamente:

- ✓ Princípios de carácter pedagógico;
- ✓ Promoção e defesa dos valores de cidadania;
- ✓ Abertura da escola à sociedade, ou seja, privilegiar a função social e educativa.
- ✓ Incentivo ao uso das novas tecnologias de informação.

III – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

1 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS ADOLESCENTES DA ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA

1.1- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No processo lógico que é o planeamento, o primeiro passo é a elaboração do Diagnóstico da Situação. A consonância entre diagnóstico e necessidades, irá restringir a pertinência do plano, programa ou atividade.

“Tanto na clinica como em saúde pública, e como em qualquer outro processo de intervenção, só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação” (Imperatori & Giraldes, 1993:43).

Para Imperatori & Giraldes (1993), o diagnóstico de situação, pretende, no fundo, justificar as atividades desenvolvidas junto de um grupo/comunidade/população.

Na execução de um Diagnóstico de Situação numa comunidade, identificam-se problemas já existentes e fatores de vulnerabilidade. Assim, constitui-se como uma ferramenta preponderante no desenvolvimento de estratégias que visem ultrapassar dificuldades, recorrendo aos recursos existentes.

Com a realização do Diagnostico de Situação, obteve-se uma análise perspetiva dos adolescentes (7º e 8º ano) da ESMS sobre Hábitos de Vida Saudáveis.

Relativamente ao Diagnóstico da Situação, este diz respeito às necessidades de saúde da população, e funciona como uma justificação das intervenções a realizar, servindo também de padrão de comparação para a avaliação das mesmas.

O Diagnostico realizado, foi concretizado em colaboração com o grupo de trabalho deste Mestrado. A ESMS já tinha demonstrado existir algumas lacunas, no que se refere à prática de hábitos de vida saudáveis por parte dos adolescentes, referindo existir problemas em alguns pontos mais específicos, demonstrando a necessidade desses aspetos serem esclarecidos. Já existia uma parceria informal entre a ESMS e a ESSP, o que tornou o processo mais fácil.

Foi através deste contacto informa, que ficamos alertas para as dificuldades e necessidades dos alunos, e através dai optámos por aprofundar esta problemática.

Este Diagnostico de Situação, veio comprovar as lacunas identificadas pelos professores nestas temáticas.

A problemática de partida, foram os Hábitos de Vida dos adolescentes. Foi desenvolvida a intervenção Comunitária na área dos Estilos de Vida na adolescência, abordando a temática dos Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes.

Esta Intervenção, pela sua índole, pretendeu avaliar as necessidades dos adolescentes relativamente aos seus hábitos de vida, tentando perceber se praticam uma vida saudável ou não, pois como refere Tavares (1990:53) “ (...) um dos requisitos importantes deste tipo de trabalho é a descrição preferencialmente quantitativa da situação”. Recorremos à metodologia quantitativa, uma vez que possibilita a obtenção de resultados numéricos passíveis de generalização a outros sujeitos e “ faz apelo a explicações, a predições e ao estabelecimento de relações de causa efeito” (Fortin, 2009:27).

Nesta primeira fase do planeamento em saúde, pretendeu-se analisar/examinar as características de uma determinada população, numa ocasião específica e proceder à sua análise e descrição de imediato, optou-se por efetuar um estudo Descritivo, Exploratório Transversal.

Destacam-se algumas limitações ao trabalho, devido à natureza dos temas abordados, podendo originar algumas dificuldades de expressão por parte dos adolescentes com medo de serem “gozados” por parte do grupo de pares, uma vez que são temas que interferem com as crenças e valores morais individuais, podem ter enviesado os resultados. Além disso, alguns encarregados de educação não deram autorização para o preenchimento do instrumento de colheita de dados

Para a obtenção dos resultados, aplicamos um questionário, no qual garantimos confidencialidade e anonimato das respostas.

O preenchimento do mesmo em sala de aula pode ter provocado alguns constrangimentos em alguns adolescentes, uma vez que partilham mesas com colegas e foi inevitável o desenrolar de comentários e comprometido eventualmente a veracidade de algumas respostas.

A população-alvo do estudo é composta por 232 alunos, a frequentar o 7º e 8º ano de escolaridade na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre no ano lectivo 2012/2013. Após a análise estatística, verificámos que na população em estudo, 52,59% diz respeito ao sexo feminino e 47,41% ao sexo masculino.

A média de idades dos alunos inquiridos é de 13 anos, sendo que o maior número destes alunos frequenta o 8º Ano.

Conseguimos também obter um resultado que nos permite concluir que a maior parte dos adolescentes que participaram no estudo são do sexo feminino, sendo que a maior parte das raparigas se encontra a frequentar o 8º ano.

A análise dos Hábitos de Vida dos adolescentes revelou que eles praticam predominantemente Hábitos de Vida Saudáveis, contudo encontramos algumas lacunas em algumas das variáveis de Saúde exploradas, que merecem a nossa atenção.

Foram analisadas sete variáveis de Saúde, respetivamente:

- 1-Alimentação e Atividade Física;
- 2- Saúde Oral;
- 3-Sono e Repouso;
- 4- Segurança e Prevenção de Acidentes;
- 5- Consumos;
- 6- Violência e Saúde Mental;
- 7- Saúde Sexual e Reprodutiva.

Relativamente à Alimentação e Atividade Física, verifica-se que a maioria dos adolescentes consome cerca de 3 a 4 refeições por dia. Salvo algumas exceções, não significativas para o estudo, grande parte dos inquiridos divide a sua alimentação por várias refeições diárias sendo que a maioria ingere sempre o pequeno-almoço antes de sair de casa.

Em relação ao tipo de alimentos consumidos ao pequeno-almoço, são identificados de forma preferencial o leite e os cereais, seguidos do pão e iogurte, sendo os menos escolhidos, os sumos de fruta e refrigerantes.

Verifica-se também a importância dada por estes jovens, rapazes e raparigas, ao lanche a meio da manhã. A maior parte consome alimentos a meio da manhã, sendo os alimentos preferidos para esta refeição, os bolos, bolachas e pão.

“ (...) A opção por alimentos de baixa densidade nutricional e com elevado conteúdo calórico representam um comportamento de risco para o ganho de peso (...)” (Swinburn, 2003, citado por Sampaio, 2010).

A meio da tarde, os alimentos mais consumidos continuam a ser o pão, bolos ou bolachas, havendo no entanto um aumento significativo no consumo de leite/iogurtes.

Em relação ao consumo de fruta, continua a obter-se percentagens baixas, mas acima das observadas no pequeno-almoço e lanche a meio da manhã.

Por outro lado, os chocolates são em todas estas refeições dos alimentos menos escolhidos pelos inquiridos.

Verificando ainda, os alimentos mais consumidos durante as principais refeições, constata-se que existe alguma preocupação dos adolescentes e/ou agregados familiares onde se encontram inseridos, em consumir alimentos saudáveis, uma vez que os menos consumidos são aqueles que são mais prejudiciais a saúde.

Assim, a sopa, a fruta e a salada são os alimentos escolhidos pela maioria dos inquiridos, para realizar as principais refeições, ao contrário das sandes, doces, refrigerantes e bebidas alcoólicas, que se apresentam em percentagens de consumo muito inferiores.

No que diz respeito à alimentação, o Programa Nacional para a Promoção 2013 refere que, “a informação sobre o consumo alimentar de uma população permite identificar quem se encontra em risco nutricional, possibilitando uma intervenção pública adequada mas também, em caso de acidente (por ex. contaminação, ambiental, natural) uma capacidade de análise e atuação mais eficaz da Alimentação Saudável” (PORTUGAL, 2013:8).

O mesmo Programa refere que “o padrão de crescimento, a composição corporal e o comportamento alimentar durante o 1.º ano e 2.º anos de vida são determinantes para a programação futura no que respeita ao estado nutricional e composição corporal” (PORTUGAL, 2013:18).

Já no PNS (2004-2010) são evidenciadas as preocupações com os problemas relacionados com a alimentação, referindo que,

“o crescimento muito significativo do consumo de produtos de origem animal, associado ao consumo excessivo de gorduras, em especial as saturadas, de sal e de açúcar, e a baixa ingestão de frutos, legumes e vegetais, em determinados grupos da população, a par de níveis elevados de ingestão calórica, parecem constituir os principais problemas nesta área” (PORTUGAL, 2004a:105).

Este aspeto constitui assim “um importante fator de risco de patologias crónicas, como sejam as doenças do aparelho circulatório, a diabetes *mellitus*, os cancros e a osteoporose”, tal como referem os dados do último *World Health Report* (2002b) (PORTUGAL, 2004a:105).

Também o relatório do estudo HBSC (2010), faz referência aos hábitos alimentares dos adolescentes, referindo verifica-se que, são as raparigas que mais vezes ignoram o pequeno-almoço, a primeira refeição do dia, e, considerada a mais importante, quando comparados os géneros.

Há que realçar o fato de se ter verificado neste estudo, o acentuado consumo de refrigerantes e doces nos jovens portugueses, referindo hábitos de consumo de pelo menos uma vez por dia. Contudo, quando calculado o índice de massa corporal (IMC), verificou-se que, a maioria dos jovens apresenta um índice de massa corporal dentro do parâmetro normal.

Contudo, são os rapazes que apresentam maiores índices de excesso de peso, sendo que os aumentos se verificaram mais intensamente desde 2006, estando relacionado diretamente com o tipo de alimentação e prática de exercício físico (Matos *et al*, 2011).

É importante conhecer a forma como os adolescentes encaram a alimentação e a forma como selecionam os alimentos que consomem, pois o risco associado de doenças é cada vez mais frequente.

O *World Health Report* (2002b), realça a problemática da Obesidade na Saúde Mundial, referindo que, “the obesity lead to adverse metabolic effects on blood pressure, cholesterol, triglycerides and insulin resistance. Risks of coronary heart disease, ischaemic stroke and type 2 diabetes mellitus increase steadily with increasing BMI” (WHO, 2002b:60).

Desta forma, podemos verificar que, as doenças cardiovasculares estão no topo das patologias associadas ao excesso de peso, em consequência de má escolha alimentar, tal como reforça a DGS (2006a:5) afirmando que “o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença coronária (DC), com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e diretas, para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, determinam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública”.

Ainda relativamente aos hábitos com a alimentação, também quisemos saber como estaria o estado de hidratação dos adolescentes, verificando que a grande maioria dos adolescentes que responderam ao questionário ingere cerca de 1,5 litros de água por dia, o que corresponde a uma quantidade desejável para uma boa hidratação.

Durante a análise da parte do questionário referente à prática de exercício físico, não se verificaram grandes problemas, uma vez que se conclui que a maioria dos adolescentes pratica algum tipo de exercício físico.

Embora o estudo revele que são os rapazes que praticam mais exercício, a percentagem de raparigas não se situa muito abaixo da percentagem de adolescentes do sexo masculino.

A diferença mais significativa relaciona-se com o tipo de atividade praticada, em que os rapazes preferem praticar futebol, enquanto as raparigas optam por outro tipo de modalidades desportivas, como a natação, o atletismo, equitação entre outras, e ainda no tempo que dedicam ao exercício físico.

Os dados foram bastante animadores, no que respeita ao exercício físico, os adolescentes estão despertos para as consequências na inatividade física, pois tal como refere o *World Health Report* (2002b), a inatividade física pode ser um fator preponderante para o desenvolvimento de doenças associadas ao aumento do peso,

“Physical activity reduces the risk of cardiovascular disease, some cancers and type 2 diabetes. These benefits are mediated through a number of mechanisms (...) participation in physical activity can improve musculoskeletal health, control body weight, and reduce symptoms of depression. Effects on musculoskeletal conditions such as osteoarthritis and low back pain, osteoporosis and falls, obesity depression, anxiety and stress (...)”

(WHO, 2002a:61).

O estudo HBSC (2010), também faz referência à importância da atividade física no desenvolvimento saudável dos adolescentes, mencionando ter-se registado um aumento das atividades sedentárias entre os adolescentes portugueses (Matos *et al*, 2011).

No que diz respeito à saúde oral analisada, verificou-se que a grande maioria dos rapazes e raparigas não possuem qualquer cárie até ao momento. De igual modo, em ambos os sexos, existe o hábito de escovar os dentes duas vezes por dia, sendo que em alguns casos, segundo as percentagens obtidas, a escovagem é feita mais de 3 vezes dia.

Verifica-se assim uma preocupação dos adolescentes na manutenção de uma boa saúde oral.

“Os adolescentes não apresentam problemas de saúde física consideráveis, sendo que a maior parte dos problemas verificados se prendem com comportamentos e estilos de vida, pelo que são modificáveis” (Matos, 2005, citado por Lopes, 2012).

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2005:1) no Despacho n.º 153/2005 – 2.ª série:

“As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.”

O Sono e Repouso também fez parte da nossa investigação neste diagnóstico, e verificamos que a média de horas de sono dos adolescentes inquiridos é de 8 horas e 30 minutos, sendo que existem 51 alunos que dormem menos de 8 horas diárias.

“ (...) É de afirmar que a quantidade de horas que se dorme por noite é um importante indicador de saúde e bem-estar das crianças e dos adolescentes” (Lopes, 2012), e

“a quantidade de sono considerada adequada a esta população é de 8 a 10 horas por noite. Os bons hábitos de sono contribuem assim para a melhoria física e intelectual, fatores estes importantes para o desempenho cognitivo nas atividades diárias e para o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem na escola.”

(Boscolo *et al*, 2007, citados por Lopes, 2012)

Na variável, Segurança e Prevenção de Acidentes, os resultados relativos ao acompanhamento dos adolescentes de casa para a escola, conseguimos concluir que a maioria se faz acompanhar pelos pais, seguido dos colegas e amigos.

Esta questão surgiu no sentido de abranger a temática da segurança do adolescente e segue-se de outras questões que, juntamente permitem uma melhor percepção sobre os níveis de segurança que estes jovens adolescentes experimentam no seu dia-a-dia.

Verificámos então aspetos como os meios de transporte utilizados nas idas para a escola e concluímos que a maioria se desloca de automóvel, seguido dos transportes públicos. Consegue-se ainda observar que são as raparigas que mais utilizam os transportes públicos, ao contrário dos rapazes que têm como meio de transporte preferencial o automóvel.

Ainda na área da segurança e prevenção de acidentes, percebemos que, em ambos os sexos não existe preocupação no uso de capacete quando andam de mota ou de bicicleta, o que demonstra falta de conhecimento sobre os possíveis riscos decorrentes da prática deste tipo de atividade.

Em atividades de lazer como ir à praia ou frequentar piscinas verifica-se uma preocupação de ambos os sexos em procurar praias e piscinas vigiadas, no entanto, são as raparigas que mais cumprem as bandeiras. No caso do sexo masculino, a resposta que é dada mais vezes é “nunca” e “raramente” o que pressupõe também a necessidade de informação dos riscos a que se submetem, aquando este tipo de atitude.

Em relação à exposição ao sol, conclui-se que são as raparigas que mais utilizam protetor solar. Todavia, observamos que são os rapazes que se expõem menos ao sol.

No PNS (2012-2016), entre os determinantes da Saúde relacionados com estilos de vida destacam-se o consumo de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas e o de substâncias ilícitas, assumindo-se como problemas de saúde pública.

Relativamente ao álcool “neste período, a adoção de comportamentos de risco como fumar, consumir álcool e substâncias ilegais intensifica-se na medida em que se revela como socialmente aceite (Calmeiro & Matos, 2004, citados por Lopes, 2012).

Constatámos que a maior parte dos adolescentes em estudo já o consumiram, sendo que foram os rapazes a apresentar-se em percentagem mais elevada, no que diz respeito ao seu consumo. Por outro lado, consegue-se perceber através da resposta mais vezes selecionada que, tanto rapazes como raparigas, apesar de já terem ingerido álcool, raramente o fazem no seu dia-a-dia.

Na questão que identifica o número de vezes que cada adolescente ficou embriagado, a maior parte dos inquiridos respondeu que nunca ficou. Ainda assim, existe um número de alunos que referiram já terem ficado e, de acordo com a análise, são sobretudo raparigas.

Segundo o estudo HBSC, “desde 1998, que o consumo diário de bebidas destiladas tem oscilado entre 0.3% e 1%. A percentagem mais elevada verificou-se em 2002 (1%) e a mais baixa em 2010 (0.3%)”. (Matos *et al*, 2011:187).

Entre 1998 e 2006 houve um decréscimo da percentagem de adolescentes que referem nunca se ter embriagado.

Os dados provisórios do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas* na População Geral – Portugal 2012, também corroboram estes dados pois, apontam para uma taxa de prevalência de embriaguez nos jovens entre os 15 e os 19 anos de 17,9%, quando em 2007, último ano em que se realizou o mesmo estudo, era de 34,6%. Isto significa que, menos de dois em cada 10 dos jovens entre os 15 e os 19 anos apanharam pelo menos uma bebida no último ano, apontando o estudo para uma redução de 16 pontos percentuais na taxa de embriaguez entre 2007 e 2012. (Balsa, Vital & Urbano, 2012).

Segundo dados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas* na População Geral – Portugal 2012, é entre os 25 e os 54 anos (cerca de 75%) que o consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida é particularmente elevado. Tendo em conta o consumo no último ano, destacam-se os consumidores entre os 25 e os 45 anos, com cerca de 73%. (Balsa, Vital & Urbano, 2012).

Ainda no que respeita ao consumo de álcool, e segundo o estudo HBSC 2010, a maioria dos jovens não consome bebidas destiladas e nunca se embriagou.

Quando observamos os números relativamente à experiência com consumo de tabaco, percebemos que estes são bastante elevados principalmente quando falamos de adolescentes do sexo feminino. A iniciação ao consumo de tabaco entre rapazes apresenta-se assim em números inferiores.

No entanto, quando se fala de um consumo de tabaco mais regular, são os rapazes que mais o referem, ao contrário das raparigas, que apenas o experimentaram em situações pontuais.

O PNS (2004-2010) fez referência ao consumo de tabaco, referindo que “o consumo de tabaco é a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade” e “segundo os últimos dados do *World Health Report* (2002b), o consumo de tabaco é a principal causa isolada de peso da doença (12,2%). (PORTUGAL, 2004a: 101).

Apesar de se assistir a uma diminuição, de um modo geral (sobretudo no sexo masculino), o consumo de tabaco está a aumentar no sexo feminino.

A percentagem de fumadores tem vindo a diminuir desde 2002. E os fumadores diários eram 5% em 2006 e em 2010 são 4,5%” (Matos *et al*, 2011: 187), isto segundo dados do estudo HBSC 2010.

Ainda no sentido de percepcionar situações e comportamentos de risco nestes adolescentes, analisamos a temática das substâncias proibidas onde verificámos que a maioria dos adolescentes nunca as consumiu.

Mais uma vez, os resultados são diferentes entre o sexo masculino e feminino, uma vez que se verificamos uma maior percentagem de raparigas a referir esta experiência.

Neste contexto, “*haxixe*” foi a substância referida em maior número e por elementos do sexo feminino. O sexo feminino mantém-se ainda à frente, quando se fala de frequência do consumo. As percentagens elevadas das respostas “ocasionalmente” e “semanalmente”, sugerem a existência de hábitos de consumo mais ou menos frequentes nestes indivíduos.

“A promoção de estilos de vida saudáveis constitui uma questão de educação para a saúde, na medida em que a promoção de hábitos saudáveis na adolescência, apresentam implicações na vida adulta” (Lopes, 2012).

No que respeita a substâncias ilícitas, no conjunto, a situação global de uso de drogas tem-se mantido estável. Embora tenha havido algum aumento na estimativa do número total de usuários de qualquer substância ilícita, esta mostram que o número de usuários de drogas, com dependência ou transtornos por uso de drogas se tem mantido estável. O aumento no número estimado anualmente de utilizadores é, em grande medida, um reflexo de um aumento da população mundial. (United Nations Office on Drugs and Crime, 2013).

O *World Drug Report* 2013, refere que,

“In 2011, between 167 and 315 million people aged 15–64 were estimated to have used an illicit substance in the preceding year. This corresponds to between 3.6 and 6.9 per cent of the adult population. The prevalence of illicit drug use and the numbers of problem drug users — those with drug use disorders or dependence — have remained stable. Since 2009, the prevalence of cannabis, opioids, and opiates use has gone up, while the prevalence of use of cocaine, amphetamine-type stimulants and “ecstasy”-group substances appears to have followed a declining trend between 2009 and 2011.2 Nevertheless, since 2008 there has been an overall 18 per cent increase in the estimated total number of people who had used an illicit substance in the preceding year, which to some extent reflects both an increase in the global population and a slight increase in the prevalence of illicit drug use”

(United Nations Office on Drugs and Crime, 2013:17)

Ainda relativamente ao consumo de substâncias ilícitas, o estudo HBSC 2010 demonstra que “a maioria dos jovens refere que não consumiu drogas no último mês”, sendo que, quanto ao número de jovens que não consumiu substâncias ilícitas nenhuma vez (...) “observou-se uma grande diminuição de 1998 para 2002, tendo-se mantido sem alterações significativas desde essa altura” (Matos *et al*, 2011:187).

Referindo-nos ao perfil de consumos em Portugal, de uma forma geral, considerando as substâncias quer lícitas quer ilícitas, “os diferentes indicadores de prevalências de consumos estimados para 2012 (consumos ao longo da vida, no último ano e no último mês) situam-se abaixo dos que observámos em 2007” (Balsa, Vital & Urbano, 2012:23).

Assim, e reportando-me para o Perfil dos consumos, “a tendência da evolução dos consumos no decorrer dos últimos dez anos é marcada, num primeiro momento, por um aumento entre 2001 e 2007, enquanto, num segundo momento, os resultados apontam para uma ligeira redução ou uma estabilização dos consumos entre 2007 e 2012, não obstante poderão ser observadas algumas subidas pontuais no caso de alguns indicadores ou de algumas populações específicas” (Balsa, Vital & Urbano:23).

Relativamente às situações de Risco e Acidentes, a violência e a saúde mental também fizeram parte das questões do questionário utilizado e aplicado aos adolescentes das ESMS. As respostas não confirmaram aquilo que já nos parecia ser uma realidade tendo em conta quer os relatos dos professores, quer a pesquisa noutros estudos no mesmo âmbito, dado que, na sua maioria, os adolescentes nunca foram vítimas de violência na escola, no entanto, consegue-se apurar que de entre os sexos, é o sexo feminino que teve mais submetido a este tipo de violência, verificando-se um maior número de casos nas turmas de 8º ano.

Neste sentido, no caso do sexo feminino, o tipo de violência referido foi a violência “verbal”, seguida da “violência psicológica” e por fim a “física”. Apenas uma das raparigas referiu ter sido vítima de violência sexual.

No caso do sexo masculino, a violência física apresenta-se em percentagens mais elevadas seguida da violência psicológica e por fim verbal. Não foi identificado qualquer rapaz a referir ter sido vítima de violência sexual. Quanto aos intervenientes nas situações de violência, a maioria dos adolescentes referiu terem sido colegas.

Apenas duas raparigas e um rapaz referiram possuir algum tipo de problema de saúde mental, o que não é de todo significativo para a população em estudo, ainda que deva de ser tido em consideração.

Quando falamos de desempenho escolar, a maioria das raparigas considera-o de “máxima importância”, enquanto os rapazes, o consideram apenas “importante”.

Relativamente à Saúde Sexual e Reprodutiva, uma preocupação permanente prende-se também e como não podia deixar de ser, com a sexualidade, pois segundo o PNS (2004-2010:38), “a maior incidência das IST (infecções sexualmente transmissíveis) se verifica no homem, entre os 25 e os 44 anos de idade (...) em Portugal, o número de doentes nas consultas de IST tem vindo a aumentar. Também no resto da Europa tem-se verificado um aumento no número destas infeções, incluindo a resistência aos antibióticos de *N. gonorrhoeae*, tendo recentemente sido relatadas epidemias de sífilis em vários países”.

Por estas razões se pensa que, também em Portugal, o número de novos casos de IST tenha aumentado nos últimos anos. Adolescentes e adultos jovens são geralmente os mais

afetados, assim como aqueles que têm dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. No entanto, em Portugal, conhece-se muito pouco sobre a prevalência das IST em grupos específicos.

Além do início precoce das relações sexuais, os jovens revelam ainda ser pouco cautelosos quanto ao uso de preservativo como método não apenas de controlo de natalidade mas também de prevenção das IST, tal como é referido pela WHO (2002b:61) relatando que,

“risk factors in the area of sexual and reproductive health can affect well-being in number of ways. The largest risk by far is that posed by unsafe sex leading to infection with HIV/AIDS. Other potentially deleterious outcomes, such as other sexually transmitted infections, unwanted pregnancy or the psychological consequences of sexual violence”.

Assim, tentámos perceber a percepção que os adolescentes possuem do seu corpo, bem como a importância dado ao mesmo.

Na questão que refere “aceita o corpo tal como ele é”, a maioria do sexo feminino afirma que “concorda”, enquanto a maior parte dos alunos do sexo masculino afirma que “concorda totalmente”.

É de referir ainda que uma grande percentagem de raparigas, muito superior à percentagem de rapazes, selecionou a resposta “discordo” e “discordo totalmente”.

Tais respostas vão ao encontro das afirmações de Matos *et al* (2000), citado por Lopes (2012), uma vez que, “são as raparigas adolescentes que apresentam percepções de saúde mais baixas. São também as raparigas que dizem com maior frequência que não estão satisfeitas com a sua imagem corporal, (...). Os rapazes geralmente sentem-se mais saudáveis”.

Na questão que foca a importância do afeto e amor nas relações sexuais, na grande maioria dos casos a resposta é “concordo totalmente. Todavia, são os adolescentes do sexo masculino, que, embora de forma pouco significativa, selecionam mais vezes esta opção.

No que concerne ao início da atividade sexual, também abordada numa das questões do questionário aplicado, constatou-se que a maioria dos adolescentes ainda não iniciou a sua atividade sexual, havendo no entanto, 21 rapazes e 11 raparigas a referir já ter iniciado a mesma.

A média de idades em que a atividade sexual foi iniciada é de 13 anos, mas verificam-se diferenças entre os sexos, o que permite afirmar que na maioria são os rapazes os que iniciam esta atividade mais cedo.

Quanto à utilização de métodos contraceptivos, constata-se que os adolescentes se encontram na sua maioria informados sobre este aspeto, uma vez que quase todos referem utilizar preservativo.

Ainda assim, verificámos em três casos, duas raparigas e um rapaz, que não utilizam qualquer tipo de contraceção.

Neste sentido, dado que não imperou nenhuma outra referência a qualquer outro tipo de método contraceptivo, o mesmo, poderá ser sinal de desconhecimento, e/ou falta de acompanhamento por parte dos pais, familiares ou profissionais de saúde.

Ao encontro deste facto estão as conclusões retiradas na questão sobre com quem os adolescentes falam sobre sexualidade. As respostas foram na maior parte dos casos, “amigos”, o que pode ser insuficiente para a aquisição de conhecimentos fundamentais nesta área.

Preocupante também é o grande número, principalmente de adolescentes do sexo feminino, que referem não falar com ninguém.

O estudo HBSC 2010, também abordou esta problemática e revelou que a maioria dos jovens nunca teve relações sexuais, corroborando os dados obtidos por nós no nosso diagnóstico, e desde 2002 que se verifica um ligeiro decréscimo dos jovens que referem já o ter feito, nomeadamente de 23.7% para 21.8%, contemplando apenas os alunos de 8º e 10º ano (Matos *et al*, 2011).

O estudo afirma ainda que “ entre os que já tiveram relações sexuais, a maioria usou preservativo na última relação sexual. Desde 2002 que o uso do preservativo vem aumentando entre os adolescentes Portugueses (de 71.8% para 82.5%) ” (Matos *et al*, 2011:190).

Das razões apresentadas para se ter tido relações sexuais, os jovens realçam, “ querer experimentar, a paixão e a consistência da relação entre ambos” (Matos *et al*, 2011:190).

Para desmistificar todos os medos e receios associados à sexualidade, é primordial que os alunos disponham de espaços apropriados nas escolas e também oferecidos pelo Serviço Nacional de Saúde, nos Centros de Saúde, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar. Tal fato é referido por um quartos dos alunos no estudo HBSC 2010, onde os estes assumem “que podem usufruir de um espaço próprio de apoio ao aluno na escola (...) e cerca de dois terços dos alunos tiveram educação sexual na escola, maioritariamente numa disciplina curricular ou nas áreas disciplinares não curriculares (...) a grande maioria considera-se esclarecido” (Matos *et al*, 2011:190).

Contudo, o referido estudo apresenta resultados evidentes de que existe ainda algum desconhecimento em temas como a saúde sexual reprodutiva e alguma ineficácia pessoal ao nível das atitudes.

Verificou-se que, os jovens ainda sentem algum receio em adquirir e trazer consigo preservativos e em falar com os pares acerca desse assunto, nomeadamente em não querer ter relações sexuais sem preservativo.

O projeto desenvolvido na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, permitiu-nos perceber uma necessidade de intervenção concertada entre Saúde e Educação, no sentido de dar resposta às necessidades reais dos adolescentes.

A Saúde dos adolescentes reflete uma situação favorável, associável a políticas sectoriais e intersectoriais eficazes mas que, de algum modo, reflete também uma grande dificuldade de sustentação dessas medidas assim que comecem a ter resultados positivos.

Os estilos de vida são, em grande parte, produto de uma construção social e cultural no qual as crianças e adolescentes estão incluídos e têm papel ativo. Logo, há que recuperar, criar e apoiar práticas favorecedoras de condutas promotoras de auto-cuidado em Saúde e bem-estar, que permitam igualmente o desenvolvimento de todo o seu potencial enquanto cidadãos.

Neste projeto de intervenção, os adolescentes foram chamados a fazer parte do processo de planeamento de atividades de PS e EPS, como parceiros ativos na identificação de problemas, definição de estratégias, seleção das boas práticas e reflexão sobre as melhores alternativas para reforçarem a sua Saúde

Assim, e uma vez que os adolescentes são ricos na recriação e criação de valores, padrões culturais e estilos de vida, a sua participação ativa no planeamento, desenvolvimento e avaliação das intervenções tornou-se condição essencial para a promoção e difusão de condutas saudáveis. Não menos importante foi auscultar, junto deste grupo alvo, se estes problemas são igualmente percebidos e considerados pertinentes por eles.

Tal como refere o PNS (2012-2016), é importante desenvolver ações com o intuito de: “maximizar os ganhos em saúde através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis” (PORTUGAL, 2012:18).

É fundamental, criar,

“orientações de investimentos em Saúde Pública que assentam na vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos; na monitorização e resposta a riscos e emergências; na proteção da saúde nas suas diferentes vertentes (ambiental, ocupacional, alimentar, numa lógica de Saúde em Todas as Políticas); na abordagem de determinantes sociais de saúde e de promoção da equidade; na prevenção da doença, incluindo a detecção e diagnóstico precoce; bem como na sensibilização, comunicação e mobilização social; e na análise da informação em saúde – produção de conhecimentos”. (PORTUGAL, 2012:20)

A promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes, exige a participação de todos os sectores sociais, numa orientação concertada de esforços de Saúde Escolar e outros serviços públicos, (como é o caso da Escola Superior de Saúde de Portalegre) com o objetivo de garantir que a escolha por estilos de vida saudáveis é a opção mais fácil.

Toda a intervenção realizada baseou-se numa metodologia que se iniciou pelo levantamento da situação, desenvolvimento de parcerias, definição do plano de intervenção, implementação e, por fim, avaliação dos resultados obtidos. Só assim foi possível fazermos um ponto da situação atual, para posteriormente serem definidas estratégias de intervenção futuras.

As alterações bruscas de estilo de vida, são mais exacerbadas na adolescência, devido a todas as alterações de natureza física, psicológica e social que caracterizam esta etapa da vida.

O modo como esta vivência ocorre é determinante para a formação da personalidade, para a construção da identidade de cada indivíduo, motivos pelos quais a temática dos Hábitos de Vida se torna tão relevante de ser abordada nos adolescentes, e assumindo um papel de destaque na área de Intervenção da Enfermagem Comunitária, numa perspectiva de Educação para a Saúde e capacitação dos indivíduos a fazerem escolhas acertadas informadas.

Os resultados deste estudo apontam para uma necessidade de se dar continuidade a Intervenções nesta área dos Hábitos de Vida dos adolescentes, confirmando assim a pertinência deste tipo de intervenção.

Deste modo, conseguiu-se identificar as necessidades, conhecimentos e opiniões/attitudes da população em estudo, de forma a se poder planear as intervenções no âmbito da Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis, tendo por base as verdadeiras necessidades dos adolescentes abrangidos.

As conclusões retiradas do diagnóstico, possibilitaram-nos identificar as áreas de intervenção tidas como prioritárias para a população em estudo:

- ✓ Hábitos de Consumo (álcool, Drogas lícitas/ ilícitas);
- ✓ Violência e Saúde Mental (*Bullying*);
- ✓ Saúde Reprodutiva (Sexualidade na Adolescência).

1.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A realização do Diagnóstico da Situação é uma das principais funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ao qual compete recolher os dados que permitam conhecer as problemáticas da comunidade para, posteriormente, efetuar a

determinação de prioridades em saúde e estabelecer estratégias de intervenção, as quais, promovendo a coparticipação dos cidadãos e a mobilização dos recursos disponíveis, permitirão obter ganhos em saúde.

A definição, escolha ou seleção de prioridades, é, na metodologia que estamos a usar, a segunda fase do Planeamento em Saúde.

Surge, por esse motivo, condicionada pela etapa anterior, o diagnóstico da situação, e determinará a seguinte, a fixação de objetivos.

Na etapa de determinação de prioridades, selecionar-se-ão os problemas de saúde que deverão ser solucionados em primeiro lugar, através de uma das diferentes metodologias possíveis e utilizando-se critérios de diversa ordem para este fim.

Para tal (Imperator & Giraldes, 1993) enumeram alguns critérios de hierarquização dos problemas a utilizar de forma a rentabilizar os recursos existentes e a eliminar a subjetividade na sua seleção, sendo eles a **magnitude** do problema, a **transcendência** e a sua **vulnerabilidade**.

Assim, a magnitude do problema com que nos deparámos relaciona-se, não só com o tamanho mas essencialmente com a importância do mesmo, pois os Hábitos de Vida dos adolescentes, são uma preocupação e um desafio para os Cuidados de Saúde Primários, onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel diferenciado e ativo na elaboração de programas de promoção e educação para a saúde.

O desconhecimento de Hábitos de Vida Saudáveis, pode condicionar as escolhas, os comportamentos, as decisões das pessoas no seu dia-a-dia, tendo isso um forte impacto na saúde de cada indivíduo.

Relativamente ao segundo aspeto, ou seja a transcendência, que diz respeito à importância segundo o grupo etário alvo a que se dirige, os adolescentes, traduz-se de imediato numa área prioritária de intervenção, pois como refere a Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2012),

“atitudes como não fumar, ter uma alimentação saudável, fazer exercício físico regularmente, e consumir bebidas alcoólicas de forma moderada, podem estar associadas não só com a diminuição do risco de desenvolvimento de doenças crónicas como com o prolongamento da vida e da própria qualidade de vida.”

No que à vulnerabilidade diz respeito, que está relacionada com a possibilidade de prevenção de todas as ações de vigilância no sentido da promoção e manutenção da saúde e da prevenção da doença, assumem um papel de especial relevo ao nível da saúde juvenil, onde a valorização dos cuidados antecipatórios, nomeadamente no fornecimento de informação

credível e necessária à manutenção de uma vida saudável, expondo os factores de risco e que podem contribuir para desordens na sua saúde.

“ Dentro dos estilos de vida que colocam em risco a saúde, o bem-estar e muitas vezes a própria vida dos jovens, encontra-se um largo conjunto de comportamentos, nomeadamente o consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas, medicamentos), a violência, o suicídio, os acidentes, as desordens alimentares, a gravidez na adolescência e as doenças sexualmente transmitidas”

Amaral & Paixão (s.d.)

“O diagnóstico de situação proporciona indicações sobre a importância dos problemas e a determinação de prioridades dá uma orientação a esta informação, seleccionando, por um lado, os problemas que serão objeto de intervenção e, por outro, aqueles para os quais é necessário primeiro conhecer as causas e as soluções, ou seja, as prioridades de investigação”.

(Pineault e Daveluy, 1987 citado por Pereira, 2011:14)

Na elaboração do diagnóstico da situação, foi realizada a identificação dos problemas de Saúde dos adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, com base no conhecimento dos seus hábitos de vida.

Tendo por base a bibliografia que tem servido de suporte para a realização deste processo, mais uma vez recorremos ao Plano de Saúde (2004-2010), uma vez que faz referência a todas as diretrizes prioritárias na Saúde da população, e consideramos as suas prioridades também as nossas prioridades, pois só assim faria sentido a nossa intervenção.

Corroborando a afirmação anterior Martin e Singer (2003) referenciados por Pereira, 2011:17) afirma que

“a determinação de prioridades ao nível estratégico é muito importante, dado ser a este nível que as principais decisões, que moldam os serviços de saúde locais, são tomadas, sendo traduzidas, de forma incremental, ao longo de toda uma série de decisões de alocação de recursos. Deste modo, melhorar o processo de definição de prioridades num sistema de saúde implica melhorá-lo nas instituições que compõem o sistema”

Assim, consideramos como prioridades na nossa intervenção:

- ✓ O Hábitos de Consumo (Álcool, Drogas ilícitas/ilícitas);
- ✓ Violência e Saúde Mental (*Bullying*)
- ✓ Saúde Reprodutiva (sexualidade na adolescência).

1.3- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Uma vez realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, segue-se a fixação dos objetivos que pretendemos atingir em relação a cada um dos problemas num determinado período de tempo.

Para Imperatori & Giraldes, (1993:77), “esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”.

Os mesmos autores, referem ainda que um objetivo operacional é “o enunciado de um resultado desejável tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori & Giraldes, 1993: 80).

Os objetivos definidos para esta Intervenção Comunitária pretenderam capacitar os adolescentes para uma vivência do seu estilo de vida saudável, através do fornecimento de informação pertinente.

Para definir os objetivos foi importante sabermos para onde queríamos ir, sendo a forma como se lá chega parte integrante da etapa seguinte, a seleção das estratégias.

Neste sentido, torna-se fulcral evidenciar que a perspetiva de que a “construção da saúde e do bem-estar” desde um início muito precoce poderá prevenir sérios e dispendiosos problemas para o adolescente, e para a sociedade (Amaral & Paixão, s.d).

Simões (2010), fazendo referência à OMS (2003), confirma “nas suas diretrizes a prevenção primária como uma parte importante dos programas nacionais de saúde e educação.”

Assim sendo, torna-se essencial, realçar três aspetos que a OMS (2003), destaca como diretrizes para a segurança e prevenção de danos na saúde dos adolescentes:

- ✓ A necessidade de uma intervenção preventiva precoce, dado que a flexibilidade da criança e do adolescente fazem deles alvos ideais para os programas de prevenção, a serem implementados em contextos vocacionados para a promoção do desenvolvimento do indivíduo, nomeadamente o contexto escolar.

- ✓ A noção de que qualquer intervenção integrada num âmbito preventivo não se deve limitar aos momentos de crise ou a prevenir crises. Deverá para além disso promover e otimizar a capacidade de tomar decisões e, consequentemente, a autonomia do adolescente.

- ✓ A importância de incluir os principais contextos de vida e os seus intervenientes nestes processos, dados estes constituírem uma das principais influências na vida dos adolescentes.

Assim, definimos, então, os seguintes objetivos para a nossa Intervenção Comunitária na área da promoção de hábitos de vida saudáveis nos adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Objetivo Geral:

- ✓ Contribuir para a aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis nos Adolescentes do 8º e 9º Ano (ano lectivo 2013/2014), da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar as atitudes dos adolescentes face aos hábitos de vida até ao final de Setembro de 2013;
- ✓ Identificar os conhecimentos dos adolescentes sobre os comportamentos de risco e medidas preventivas, até ao final de Setembro de 2013;
- ✓ Planear atividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da Educação e Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis, de acordo com as necessidades identificadas até final de Janeiro de 2014;
- ✓ Desenvolver as atividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação e promoção de hábitos de vida saudáveis, de acordo com as necessidades identificadas até final de Janeiro de 2014
- ✓ Contribuir para a obtenção de conhecimentos dos adolescentes,
- ✓ Proporcionar aos adolescentes um momento de discussão e reflexão sobre hábitos de vida, considerando como ponto de partida para a reflexão os seus próprios hábitos diários;
- ✓ Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito dos hábitos de vida saudáveis.

Imperator & Giraldes (1993), consideram que, para além da fixação de objetivos, existe um outro aspeto a ter em conta nesta etapa do planeamento, e que diz respeito à seleção dos indicadores dos problemas de saúde e que constam de “ uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco” (Imperator & Giraldes, 1993:77).

Aquilo que optámos por fazer na nossa intervenção foi definir indicadores de atividade ou execução, pois como refere Imperator & Giraldes (1993:78) “ pretende medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde”.

Contudo, e também para comprovar a eficácia da nossa intervenção nestes adolescentes, foi primordial definirmos também, indicadores de resultado, no sentido de avaliar as sessões de educação para a saúde concretizadas, pois o indicador “representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação.” (Tavares, 1990:120). Assim,

retrata uma particularidade, mede, avalia aspectos não sujeitos à observação direta, é uma ferramenta concebida para maximizar o cumprimento de objectivos e metas.

Os Indicadores para os resultados apresentados foram construídos de modo a possibilitar a avaliação da Intervenção Comunitária realizada na ESMS.

Estes incluem o número de participantes em cada uma das atividades realizadas, os conhecimentos e as competências alcançadas pelos participantes.

No caso dos indicadores de impacto, que são aqueles que possibilitam verificar se houve alterações nas atitudes / comportamentos da população-alvo, a médio / longo prazo, não foram delineados nesta Intervenção uma vez que, não desenvolvemos qualquer atividade de avaliação que nos permitisse efetuar esta tarefa, por limitações de carácter temporal, associadas ao período de estágio, que impediram a sua consecução, não estando previsto (à data) um novo contacto dos alunos do mestrado com estes adolescentes.

De modo, ao recolher toda a informação necessária, foram elaboradas medidas, de acordo com os indicadores, traçados nesta Intervenção realizada na ESMS, e foram utilizadas medidas quantitativas que incluem o questionário.

Para que se pudesse garantir a eficiência da Intervenção, no que se reporta a consecução de objetivos, tornou-se necessário uma monitorização e uma avaliação possibilitando-nos assim a gestão da Intervenção. A monitorização implicou uma supervisão da Intervenção Comunitária de forma a identificarmos a relação entre o que foi planeado e o que foi efetuado para que se pudessemos avaliar a operacionalização da Intervenção. A avaliação, por sua vez, implicou uma determinação do resultado direto das atividades da Intervenção Comunitária.

Estando consciente de que o estágio a que se tem vindo fazer referência ao longo deste relatório, aparece no âmbito da Especialização em Enfermagem Comunitária e de modo a cumprir o plano curricular do mesmo, o objectivo geral vai de encontro à metodologia do planeamento em saúde começada antecipadamente com o diagnóstico de situação. Deste modo, uma vez determinadas as prioridades, e considerando, tal como já foi mencionado previamente, que os objectivos devem adaptar-se à situação que originou o planeamento em saúde, incluir a precisão do percurso a efetuar e explicar o novo estado a atingir.

Assim definiram-se para a execução da Intervenção os seguintes indicadores e respectivas metas, representados na **Tabela nº10. N.º1, n.º2 e n.º 3.e n.º 4.**

<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Recursos</u>	<u>Indicadores de Atividade ou Execução</u>	<u>Atividades</u>	<u>Metas</u>	<u>Tempo</u>
•Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação e promoção de hábitos de vida saudáveis, de acordo com as necessidades identificadas.	<ul style="list-style-type: none"> •Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem; •Alunas do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; •Direção e Professores da ESMS •Alunos do 8º e 9 Ano (ano letivo 2013/2014) da ESMS; •Anfiteatro da ESMS 	<p>N.º de reuniões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p> <p>N.º de sessões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Pesquisa bibliográfica em termos de <i>guidelines</i> sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes; •Reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem; •Realização de Sessões de Educação para a Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> •Que 70% dos adolescentes assistam às sessões de Educação para a Saúde; •Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de satisfação, da Sessão de Educação para a Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> •Até ao final de janeiro 2014.

Tabela nº 1 - Objectivo Específico 1, Indicadores de Atividade ou Execução, Atividades e Metas

<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Recursos</u>	<u>Indicadores de Atividade ou Execução</u>	<u>Atividades</u>	<u>Metas</u>	<u>Tempo</u>
<p>•Contribuir para a aquisição de conhecimentos dos adolescentes, relativamente às problemáticas de “consumo de álcool e Drogas”, “violência na escola (Bullying)” e “sexualidade”.</p>	<p>•Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem;</p> <p>•Alunas do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária;</p> <p>•Direção e Professores da ESMS</p> <p>•Alunos do 8º e 9º ano (ano letivo 2013/2014) Ano da ESMS;</p> <p>•Anfiteatro da ESMS</p>	<p>N.º de reuniões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p> <p>N.º de sessões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p>	<p>•Pesquisa bibliográfica em termos de <i>guidelines</i> sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes;</p> <p>•Reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem;</p> <p>•Realização de Sessões de Educação para a Saúde.</p>	<p>Que 70% dos adolescentes assistam às sessões de Educação para a Saúde;</p> <p>• Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de satisfação, da Sessão de Educação para a Saúde.</p>	<p>•Até ao final de janeiro 2014.</p>

Tabela nº 2- Objectivo Específico 2, Indicadores de Atividade ou Execução, Atividades e Metas

<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Recursos</u>	<u>Indicadores de Atividade ou Execução</u>	<u>Atividades</u>	<u>Metas</u>	<u>Tempo</u>
•Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis na adolescência.	<ul style="list-style-type: none"> •Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem; •Alunas do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; •Direção e Professores da ESMS •Alunos do 8º e 9 Ano (ano letivo 2013/2014) da ESMS; •Anfiteatro da ESMS 	<p>N.º de reuniões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p> <p>N.º de sessões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Pesquisa bibliográfica em termos de <i>guidelines</i> sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes; •Reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem; •Realização de Sessões de Educação para a Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> •Que 70% dos adolescentes assistam às sessões de Educação para a Saúde; •Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de satisfação, da Sessão de Educação para a Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> •Até ao final de janeiro 2014.

Tabela nº 3 - Objectivo Específico 3, Indicadores de Atividade ou Execução, Atividades e Metas

<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Recursos</u>	<u>Indicadores de Atividade ou Execução</u>	<u>Atividades</u>	<u>Metas</u>	<u>Tempo</u>
•Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito de Hábitos de Vida Saudáveis.	<ul style="list-style-type: none"> •Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem; •Alunas do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; •Direção e Professores da ESMS •Alunos do 8º e 9º Ano (ano letivo 2013/2014) da ESMS; •Anfiteatro da ESMS 	<p>N.º de reuniões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p> <p>N.º de sessões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Pesquisa bibliográfica em termos de <i>guidelines</i> sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes; •Reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem; •Realização de Sessões de Educação para a Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> •Que 70% dos adolescentes assistam às sessões de Educação para a Saúde; •Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de satisfação, da Sessão de Educação para a Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> •Até ao final de janeiro 2014.

Tabela nº 4- Objectivo Específico 4, Indicadores de Atividade ou Execução, Atividades e Metas

Pela avaliação destes indicadores, pretendeu-se avaliar a consecução dos objetivos e a sua pertinência para a problemática, por outro lado pretendeu-se identificar potenciais falhas, caso não se verificasse a consecução dos objetivos, com vista a alterações de estratégias utilizadas na Intervenção realizada na ESMS.

Com o desenvolvimento desta Intervenção, expectávamos ter contribuído para que mais de 70% dos adolescentes mencionados estejam capacitados e empoderados para a tomada de decisões sobre a escolha dos seus Hábitos de Vida

1.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

“ A definição de uma estratégia de saúde deve fazer-se de forma suficientemente detalhada para que os responsáveis pela decisão possam apreciá-la” e é definida “ como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (...) (Imperatori & Giraldes, 199:87).

O que se verifica nesta etapa do planeamento é que uma estratégia de Saúde não tem de ser necessariamente uma estratégia respeitante ao domínio restrito dos Serviços de Saúde.

Em muitos casos diz respeito a serviços diferentes de outros ministérios, mas que apresentam uma importância fundamental para a resolução de problemas de saúde, tal qual se verificou neste processo de intervenção comunitária.

Tendo em conta a área da intervenção, foi definida como estratégia globalizante, a Promoção da Saúde, delineando intervenções ao nível da prevenção da doença e da educação para a saúde, com vista a alcançar os objectivos fixados anteriormente.

A Promoção da Saúde consiste no processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (Carta de Ottawa, 1986).

A saúde deve ser encarada como um “conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (Carta de Ottawa, 1986:1), logo a promoção da saúde não pode ser encarada como uma responsabilidade única e exclusiva do sector da saúde, dado que exige a colaboração dos indivíduos na adopção de estilos de vida saudáveis. A saúde deve ser “vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver”. (Carta de Ottawa, 1986:1)

A promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e

implementando-as com vista a atingir melhor saúde (Carta de Ottawa, 1986), que no fundo foi o que tentámos fazer quando decidimos intervir neste grupo da comunidade.

Um elemento essencial na Promoção da saúde é a Educação para a saúde que consiste numa intervenção dirigida aos indivíduos, com o intuito de modificar os seus comportamentos, para que estes adquiram e mantenham hábitos saudáveis, que os capacitem para tomar decisões, tendo em vista a melhoria do seu estado de saúde. (Carta de Ottawa, 1986). Pensamos que, utilizar como estratégia comunitária a Educação para a saúde é uma mais-valia quer para a comunidade envolvida, quer para o próprio Serviço Nacional de Saúde, pelos ganhos obtidos por ambas as partes.

Os adolescentes são, por norma, indivíduos saudáveis, que raramente recorrem aos serviços de saúde, o que torna o trabalho do enfermeiro mais dificultado, no que se refere à Educação para a Saúde.

Deste modo, é indispensável que o enfermeiro encontre estratégias comunitárias de Promoção da Saúde junto desta população, pois segundo o Despacho n.º 12.045/2006 (2.^a série) da DGS (2006a:2):

“A escola ocupa um lugar central na ideia de saúde. Aí aprendemos a configurar as ‘peças’ do conhecimento e do comportamento que irão permitir estabelecer relações de qualidade. Adquirimos, ou não, ‘equipamento’ para compreender e contribuir para estilos de vida mais saudáveis (...)”.

(Constantino Sakellarides. in Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde. 1999)

Assim, o espaço Escola, é encarado como o lugar de eleição para a Promoção da Saúde junto da comunidade Juvenil, num processo de capacitação, “participação e responsabilização que deve levar as crianças e os jovens, a sentirem-se competentes, felizes e valorizados, por adoptarem e manterem estilos de vida saudáveis” (Carvalho *et al*, 2007:6).

Após ter ficado acordado a parceria informal entre a ESMS e a ESSP, a estratégia inicial foi realizar uma revisão da literatura sobre a temática em questão, no sentido de aprofundar conhecimentos sobre a adolescência e os estilos de vida praticados pelos adolescentes, assim como todo o processo de alterações característico desta fase do desenvolvimento Humano.

Após a elaboração de toda a componente teórica de todo trabalho desenvolvido, o grupo de trabalho constituído por quatro elementos, realizou várias reuniões onde discutiu e analisou as estratégias e recursos a utilizar para a concretização da Intervenção Comunitária junto da comunidade Juvenil.

Após várias trocas de ideias, acabámos por considerar que, a realização de sessões de educação para a saúde seria a estratégia mais adequada para este tipo de abordagem de

educação para a saúde, tendo como fim a concretização dos objetivos de estágio e do desenvolvimento das Competência de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Assim, para além de nos parecer uma estratégia favorável, foi também de encontro aos princípios da Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, onde o nosso objectivo foi, facultar aos adolescentes informação adequada e efetiva, pois “as pessoas aprendem, não só através das suas próprias experiências, mas também observando as ações dos outros e os resultados dessas ações” (Glanz, 1999: 29). Logo, as pessoas não agem indiferentemente, podendo também alterar os seus ambientes, ou seja, “os indivíduos adquirem informação, valores, atitudes, julgamentos morais, padrões de comportamento e novos comportamentos através da observação dos outros” (Redman, 2003: 22).

Para que fosse mais fácil e funcional, englobámos quer a Direção da ESSP e os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio, bem como a Direção das Escolas Secundária Mouzinho da Silveira, de modo a que as atividades permitam ganhos efetivos para ambas as partes.

As sessões decorreram no Anfiteatro da ESMS, muito semelhante a um espaço sala de aula, e englobaram a participação ativa de todos os adolescentes presentes na sessão, através de um diálogo aberto e descontraído.

A seleção das metodologias ativas e comunicativas empregadas, deveu-se com o facto de empregarem uma autêntica troca de saberes, esclarecimento e aquisição de valores, atitudes e competências na área dos Hábitos de Vida Saudáveis.

Para isso foi empregado os métodos pedagógicos Expositivo e Interrogativo. Em relação às técnicas pedagógicas, foram utilizadas as técnicas das perguntas (jogo do envelope), dentro do método interrogativo, estimulando a participação e o interesse dos formandos. A utilização deste método foi feita na parte final da sessão.

No que diz respeito ao método expositivo, realizamos a apresentação de um Power-Point animado, onde cada uma de nós, ia explicando as problemáticas “Álcool e Drogas” (Apêndice II), assim como o visionamento de um filme alusivo à temática (Apêndice I), onde os adolescentes puderam usar as suas próprias experiências pessoais como promotoras e facilitadoras de aprendizagens neste contexto.

Organizamos e programamos as atividades a decorrer em três Sessões de Educação para a Saúde: uma sobre Álcool e Drogas; outra sobre Violência na Escola (*Bullying*); e por fim uma outra sobre a Sexualidade na adolescência.

Programamos também a realização de uma sessão de apresentação para a Direção e professores da ESMS, com a exposição de todos os resultados obtidos na análise estatística dos questionários (Apêndice III);

Programamos ainda, duas sessões aos alunos do 1º ano de Licenciatura em Enfermagem da ESSP, para elucidá-los sobre a importância de elaborar um diagnóstico de saúde, e quais as etapas para a realização do mesmo (Apêndice IV).

As sessões estavam programadas conforme descrito no, contudo inúmeros contratempos ocorreram, quer por dificuldade de articulação da ESMS com as alunas de mestrado, quer por desinteresse da própria escola na concretização efetiva da Intervenção, quer por outros assuntos que nos foram completamente alheios (nomeadamente a mudança de direção da ESMS), as mesmas não se puderam realizar, acabando por se efetivar apenas uma das três sessões de educação para a saúde programadas e já atrás mencionada.

Ao abordarmos os temas, álcool e drogas, pretendeu-se realizar um reforço acerca dos malefícios destas substâncias para saúde juvenil assim como, alertar para os diferentes tipos de drogas e formas de consumo.

Deste modo achámos primordial e pertinente abordar os seguintes conteúdos:

- ✓ Definição de Droga: Para uma definição mais abrangente do conceito utilizou-se uma definição global do conceito, assim como os diferentes significados a ela associados, tendo por base a perspetiva atual da definição da OMS;

- ✓ Conhecer a classificação das drogas, assim como o seu aspecto;
- ✓ Conhecer os efeitos adversos das drogas;
- ✓ Conhecer as diferentes formas de consumo.

A exploração desta temática teve início então primeiramente com a exposição do Power-Point, onde estavam explícitos, todos estes conteúdos mencionados anteriormente. Durante a exposição, os alunos foram intervindo sempre que surgia alguma dúvida, partilharam experiências, quer pessoais quer dos seus pares ou pessoas próximas

Ao mesmo tempo que íamos expondo os conceitos, os adolescentes iam intervindo, refletindo e debatendo, o que permitiu aos adolescentes, a comparação entre os seus conceitos, e o conceito definido com base nas diretrizes da OMS.

Esta técnica, permitiu assim aos adolescentes, reconhecer a importância da escolha dos Hábitos de Vida Saudáveis, sempre na perspetiva de uma valorização dos mesmos, e do pluralismo das percepções existentes.

Pois como refere Costa (2008), a carácter exploratório do adolescente, resultante do seu progresso psicossocial, bem como o predomínio do meio (grupo de pares, família) podem

estar no início de variadíssimos comportamentos que, não reconhecidos prematuramente, podem transportar à consolidação de posturas com consideráveis resultados nos níveis individual, familiar e social.

Ao abordarmos a temática dos hábitos de consumo, pretendeu-se que os adolescentes realizassem uma reflexão crítica sobre o impacto do início precoce do consumo de substâncias licitas e ilícitas, e os consequentes problemas para a saúde, uma vez que, cada vez mais precocemente se iniciam os primeiros contactos com drogas, sendo o grupo de pares o elo de ligação em grande parte das vezes.

A metodologia empregada nesta Intervenção comunitária, para além de todo o conjunto informativo fornecido no Power-Point, consistiu na visualização de um filme, com imagens, tal qual recomenda Bandura, com a sua componente de reforço da eficácia da sessão (Cardoso, 2006).

A aquisição de conhecimentos, foi o objectivo fulcral da sessão, assim como, incutir uma mudança de comportamentos nos adolescentes. Ao longo da sessão fomos avaliando as noções que os adolescentes detinham acerca do tema em questão, utilizando como estratégia desta intervenção comunitária de educação para a saúde, a aplicação de questões acerca dos temas desenvolvidos.

Foi aplicado um questionário de avaliação da satisfação relativamente à sessão, a cada um dos adolescentes, no final da mesma (Apêndice V).

Posteriormente foi feito tratamento e análise dos dados obtidos.

Pretendeu-se assim, validar os conhecimentos adquiridos pelos adolescentes.

1.5 – ELABORAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS

A 5ª etapa do planeamento refere-se à elaboração de projetos e programas, sendo que Imperatori & Giraldes (1993:129) definem *programa* “como um conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia (...)” e *Projetos* “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”.

Assim, demos continuidade ao nosso estágio, e recolhemos aquilo que anteriormente tínhamos descrito no projeto de estágio de grupo (Apêndice VI) do qual emergiu o projeto de estágio individual (Apêndice VII), onde cada elemento do grupo, expos dimensões específicas que gostaria de explorar.

A elaboração dos projetos, serviu como guia orientador do estágio e expressa, as ambições e desejos do grupo e individualmente.

Além disso, a programação da execução das sessões de educação para a saúde foi definida de acordo com a autorização e disponibilidade da Direção da Escola Mouzinho da Silveira, respetivos diretores de turma, professores e atividades letivas dos alunos.

Da metodologia a aplicar, fazem parte os objetivos definidos no início da intervenção assim como a avaliação e percepção da sua concretização.

Após definidos os objetivos, foi levantado um diagnóstico da situação de saúde como já foi referido anteriormente, que foi a base para uma intervenção planeada e direcionada para as reais necessidades da população alvo, neste caso os adolescentes a frequentar agora o 8º e 9º Ano (ano lectivo 2013/2014).

Para por em prática o projeto idealizado, contámos com alguns recursos que nos permitirão o desenvolver do mesmo, da forma mais elucidativa possível tendo em conta a classe etária dos destinatários, nomeadamente:

- ✓ Grupo de alunos do III Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- ✓ Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre [ESSP];
- ✓ Direção da ESSP;
- ✓ Alunos do 8º e 9º Ano (ano lectivo 2013/2014) da ESMS
- ✓ Anfiteatro da ESMS;
- ✓ Meios audiovisuais;
- ✓ “Caixa” para colocação de dúvidas

Tendo por base o PNS (2004-2010), elaborei um projeto de intervenção na área na promoção de estilos de vida saudáveis no contexto da adolescência, que me permitiu agilizar e dar continuidade ao planeamento em saúde e que serviu, igualmente, como projeto de estágio (Apêndice II).

Deste modo, foram elaboradas atividades para três sessões de educação para a saúde, de acordo com as necessidades identificadas anteriormente.

Foi elaborada uma Intervenção sobre Consumo de álcool e Drogas que foi concretizada; uma Intervenção sobre Violência na Escola (*Bullying*) (Apêndice VIII e IV) onde elaboramos um Power-Point lúdico e um folheto informativo, com o intuito de esclarecer os alunos sobre o que é o *Bullying*, os tipos de *Bullying*, e quais as consequência desses comportamentos para o desenvolvimento da personalidade do jovem. O folheto, forneceria todo um conjunto de

informações indispensáveis a um jovem vítima deste comportamento, pois para além de reforçar o mencionado anteriormente, também incluía o número da linha de apoio, para qualquer jovem poder usufruir se necessário.

Planeamos e elaboramos também uma sessão sobre Sexualidade na Adolescência (Apêndice X), que tal como a anterior sessão também não foi concretizada, uma vez que não houve disponibilidade por parte da escola e nem dos alunos para presenciar estas sessões.

Esta apresentação, incluía um conjunto de informações potencialmente enriquecedoras para os adolescentes, abordando as alterações fisiológicas, psicológicas e muitas vezes sociais que decorrem neste período. Muitos jovens acabam por não conversar com ninguém sobre a sua sexualidade, deixando recalcadas muitas dúvidas, grande parte das vezes por vergonha.

Abordar os diferentes métodos contraceptivos assim como as diferentes formas de utilização, considerámos ser bastante útil. Tínhamos planeado utilizar o método demonstrativo nomeadamente na colocação do preservativo, assim como ensinar como tomar uma pílula e uma pílula de emergência. Por fim nessa apresentação, pretendíamos expor também as doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que, grande parte dos jovens ainda desconhece esta problemática.

Seguindo as Orientações do *Programa Nacional de Saúde Escolar*, tentámos desenvolver as atividades de forma a dar resposta às necessidades encontradas, pois “na escola, trabalhar para a obtenção de ganhos em saúde implica combinar estratégias de mudança pessoais e ambientais que atinjam o maior número possível de indivíduos, numa perspectiva de equidade” (PORTUGAL, 2006a:9)

Além disso, todas as necessidades encontradas e sessões programadas englobam as diretrizes descritas no Programa Nacional de Saúde Escolar, onde se enfatiza uma estratégia de intervenção global, organizada numa agenda escolar que contempla:

1. A Saúde individual e colectiva;
2. A Inclusão escolar;
3. O Ambiente escolar;
4. Os Estilos de vida.

(PORTUGAL, 2006a:9)

Mais uma vez, a chave para o sucesso da prevenção dos comportamentos de risco encontra-se na promoção do controlo voluntário do impulso de consumir substâncias nocivas e na intervenção grupal e social neste domínio (PORTUGAL, 2006a).

O mesmo documento salienta que, no contexto da intervenção de Saúde Escolar, as áreas prioritárias da prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco são:

- 1- Consumo de substâncias lícitas: tabaco, álcool e utilização indevida de medicamentos;
- 2- Consumo de substâncias ilícitas;
- 3- Doenças transmissíveis, incluindo IST/VIH/SIDA;
- 4- Violência em meio escolar, incluindo *bullying* e comportamentos autodestrutivos, reportando assim, para os temas selecionado para a nossa Intervenção Comunitária.

(PORUGAL, 2006a).

Como após a realização do cronograma de atividades e confirmadas as datas para as diferentes sessões, a ESMS levantou inúmeros problemas à nossa Intervenção, referindo interferir com os tempos lectivos, não permitindo que todos os alunos inquiridos estivessem presentes, e fornecendo-nos apenas uma opção de data com apenas 1h de contacto com o adolescentes, tivemos de optar por umas das três necessidades levantadas.

A opção pela intervenção sobre os Consumo de álcool e Drogas foi feita tendo em conta as opiniões dos professores da ESMS. Uma vez que, não seria possível concretizar as três sessões programadas, na sua opinião, o tema que merecia mais destaque seria esse, pelas experiencias que têm diariamente com os adolescentes. Referindo que, muitas vezes, já presenciaram estados de embriaguez em indivíduos destas faixas etárias e que percebem que, estes hábitos estão relacionados com problemas familiares e problemas com os pares, além do desconhecimento dos efeitos nefastos para a saúde.

Tendo em conta as limitações existentes nessa altura no nosso trabalho, acabámos por concretizar efetivamente a atividade programada, não da forma como tinha sido pensada.

O número de alunos em falta foi considerável, o que não possibilitou uma abordagem tão generalizada como era suposto com a estratégia de educação e promoção da saúde.

Considerámos um mau aproveitamento de recursos por parte da ESMS, pois como refere o Programa Nacional de Saúde Escolar,

“na escola, o trabalho de promoção da saúde com os alunos tem como ponto de partida ‘o que eles sabem’ e ‘o que eles podem fazer’ para se proteger, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o real e atuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados. Neste processo, os alicerces são as ‘forças’ de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania”.

(PORTUGAL;2006^a:16)

1.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO/EXECUÇÃO

“A especificação detalhada das atividades (...) consiste essencialmente em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter com o projeto (...)” (Imperator & Giraldes,

1993:149)., para além da operacionalização que lhe é característica (Tavares, 1990) , consistindo na:

“especificação detalhada das atividades a realizar, (...), essencialmente em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter (...) preparar uma lista (...) e precisar como cada uma dessas atividades deve ser executada; determinar (...) as necessidades em recursos ao longo do tempo; e estabelecer um calendário detalhado na execução (...)” (Imperator & Giraldes, 1982:116).

Assim, os autores descrevem uma quantidade de fatores a ter em conta quando se prepara a execução das atividades, como é o caso da responsabilidade de todos os intervenientes organizando pequenos grupos se necessário; a definição detalhada a médio e longo prazo; o estabelecimento de relações entre atividades; e as necessidades em recursos, assim como a duração das atividades.

Deste modo, apreende-se que, é fundamental organizar as atividades, estabelecer um calendário detalhado da execução do projeto (Apêndice XI). Assim, elaboramos um cronograma das atividades a desenvolver na intervenção comunitária. Além de construirmos uma tabela onde consta uma especificação detalhada das mesmas (Apêndice XII).

A coesão do grupo foi imprescindível, pelo que foi fundamental debater regularmente as ideias de cada uma, e a forma como coloca-las em prática, de forma a serem o mais objetivas possível. Realizamos reuniões semanais com todos os elementos do grupo, assim como reuniões com a coordenadora do estágio sempre que surgiram dúvidas e dificuldades difíceis de ultrapassar.

A escolha das datas para realização das sessões, foi feita em simultâneo com a direção da ESMS no sentido de conseguirmos um dia que fosse favorável a todos e obviamente que não prejudicasse o tempo letivo dos adolescentes.

Nem sempre foi fácil essa harmonia, uma vez que, os questionários foram aplicados a um grande número de alunos e por isso seria difícil conseguir conciliar todos os aspetos, na perspectiva da direção da ESMS.

Obtivemos alguns obstáculos à realização das sessões que vão ser descritos mais em pormenor na próxima fase.

A decisão pela escolha da data de realização das sessões ficou a cargo a direção da ESMS, para que houvesse o menor prejuízo possível pelas atividades letivas e para que, os mesmos pudessem organizar pormenorizadamente os grupos de alunos, uma vez que eram muitos.

Realizamos reuniões periódicas (Novembro e Dezembro de 2013) entre os alunos do mestrado e a coordenadora do curso de mestrado, com a objetivo de ajustar as estratégias, atividades e recursos a empregar nas sessões, assim como o esclarecimento de dúvidas

A fim de projetar a etapa da preparação da execução para as estratégias e consequentes atividades desenvolvidas, recorri a uma tabela, onde está especificado quem, quando, onde, como, objectivos a atingir e previsão de recursos contemplados nesta etapa, como apresenta a **Tabela nº5.**

Cronologia	<u>Atividade Programada</u>	<u>Objetivos previstos para as Atividade</u>	<u>Recursos</u>
Abril de 2013	Reunião com a direção da ESMS na sala de reuniões da ESMS;	Começamos por reunir com os elementos da direção da ESMS procedendo á apresentação dos membros do grupo bem como os objetivos do estudo em questão:	Mestrandos Diretor (a) da ESMS Carta à direção da escola a pedir autorização para a realização das sessões Anfitriato da ESMS Computador portátil
Maio de 2013	Entrega de pedido de autorização aos encarregados de educação;	Após a aprovação do projeto pela direção da escola, retomamos à escola a fim de entregar pedidos de autorização aos encarregados de educação para a participação dos alunos seleccionados para o estudo.	
13 e 14 de Maio de	Aplicação de questionários às	Depois de assinado o consentimento para a participação dos alunos no estudo e definido o dia	

2013	turmas de 7º e 8º ano;	pela direção da escola, dirigimo-nos á mesma para a aplicação dos questionários.	
Julho 2013	Reunião com a nova Direção da ESMS na sala de reuniões da mesma;	Após terem sido aplicados os questionários, houve a necessidade de reunir novamente com a direção da escola uma vez que houve uma alteração em termos de elementos que a constituíam inicialmente.	
Novembro de 2013	Elaboração de Cronogramas das Atividades;	Elaborado um cronograma de atividades de acordo com as temáticas anteriormente selecionadas e de acordo com as datas sugeridas pela direção da escola.	
Novembro/ Dezembro de 2013	Preparação das Sessões de Educação para a Saúde;	Preparado material didático a utilizar nas sessões de educação. Para a preparação das sessões de educação foram realizadas reuniões quinzenais entre os elementos do grupo assim como com a diretora do curso de mestrado.	
Dezembro de 2013	Concretização da Sessão de Educação para a Saúde.	No dia definido deslocamo-nos á escola para a realização da Sessão	

		de Educação Preparada.	
--	--	------------------------	--

Tabela nº 5 - Preparação da Execução para a Estratégia da Intervenção Comunitária

Após termos tido a reunião com a direção da ESMS, para exposição dos objectivos, e acordadas temáticas a desenvolver, bem como, definidas datas e salas de aula, pensámos em dividir as turmas pelo período da manhã e da tarde, conforme seria possível, sendo que, nós, alunas do mestrado estaríamos presentes em todas as atividades desenvolvidas.

Assim., as sessões ficaram agendadas para dia 16 e 17 de Dezembro às 11h30, sendo que no dia 16/12/2013 a sessão era dirigida aos alunos do 8º ano no período da manhã e no dia 17/12/2013 aos alunos do 9º também no período da manhã, utilizando como recurso o Auditório do instituto Português da juventude

Aquando da conclusão do diagnóstico e uma vez obtidos os resultados, fizemos questão de apresenta-los aos doentes da escola, uma vez que seria vantajoso conhecer as lacunas existentes na população juvenil dos quais são educadores.

Essa sessão foi então agendada para dia 13 de Novembro as 14h, primeiramente, onde as alunas do mestrado compareceram, mas onde nenhum docente este presente. Posteriormente foi reagendada uma nova data para dia 27/11/2013, onde o resultado foi igual, sem nenhuma comparência por parte dos docentes da escola.

Contudo, com os problemas de ordem temporal, organizacional no que diz respeito à ESMS, não foi possível cumprir o cronograma, quer em nº de sessões a realizar, quer nas datas agendadas, quer no nº de alunos presente.

A Direção da ESMS mudou, os objetivos partilhados entre as alunas do mestrado e a direção anterior foram quebrados, e não foram disponibilizados os recursos necessários para que pudéssemos desenvolver a intervenção comunitária da forma como tinha sido planeada.

Estes novos elementos, desconheciam as parcerias informais estabelecidas e os agendamentos pré concretizados, não se mostrando desde o início muito disponíveis para arranjar soluções para que as sessões se pudessem concretizar.

Assim, foi-nos proposto apenas uma data, 16/01/2014, para intervenção em apenas um dos temas onde se considerou ser necessário intervir, com a duração de 1h.

Para a apresentação intitulada “Consumo de Álcool e Drogas” visou-se a sensibilização dos adolescentes para a problemática dos consumos na adolescência através do reforço das escolhas informadas e seguras no contexto de uma vida saudável.

Foram, igualmente, identificados factores predisponentes para os hábitos de consumo, assim como as consequências destes para os adolescentes.

A referir que na sessão desenvolvida, não foi possível respeitar um dos itens que estava definido no plano de sessão, nomeadamente o tempo previsto, uma vez que a sessão foi mais curta do que tínhamos planeado, pois tínhamos definido 90 minutos, tempo destinado a cada disciplina para cada sessão.

Contudo, a sequência didática, os objectivos, os conteúdos programáticos, as metodologias e técnicas pedagógicas e os recursos didáticos acabaram por ser cumpridos.

A planificação destas sessões contempla o que se encontra definido na Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de Abril para o 3.º ciclo, tal como já foi referido anteriormente.

Para que a nossa Intervenção não ficasse tão empobrecida, sendo que, os contratempos existentes são-nos alheios, e nada pudemos fazer para os contrariar, a coordenadora do mestrado sugeriu a realização de uma apresentação sobre o Diagnóstico de Saúde aos alunos do 1º ano da licenciatura, com o intuito de perceberem o que é de facto um Diagnóstico de Saúde e quais as etapas para o concretizar.

Assim essas sessões foram agendadas para dia 22/01/2014 e 23/01/2014, com muito sucesso. Os alunos demonstraram-se bastante interessados e valorizaram bastante o trabalho que desenvolvemos.

Por último, foram aplicados os questionários de satisfação aos adolescentes e foram esclarecidas dúvidas, tanto de alunos, como da professora presente.

Os resultados alcançados, permitir-nos-ão realizar uma análise crítica, no que se refere à aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

À que realçar que, todas as intervenções realizadas tiveram um carácter de reforço, considerando que a influência motivadora de um ótimo estado de Saúde, quando reconhecido, pode integrar uma recompensa para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis e de Promoção da Saúde.

A preparação das sessões foi feita de acordo com a teoria de Bandura mencionada no enquadramento teórico.

Relativamente à sessão de dia 16/1/2014, só foi permitida pela direcção da escola, a presença de 22 alunos, uma vez que, contrariamente ao que estava programado, a direcção da escola não autorizou a presença de todos os alunos inquiridos no estudo e sim apenas, a presença do delegado e sub-delegado de cada turma, sendo estes então depois os responsáveis pela transmissão da mensagem passada pelas alunas do mestrado, naquela única sessão.

Assim, estiveram presentes na sessão 10 alunos do 8º ano e 12 alunos do 9º ano.

O objetivo foi capacitar os alunos com as bases necessárias para que desenvolvam hábitos de vida saudáveis, com o mínimo prejuízo para a sua própria Saúde.

Os adolescentes, apesar da sua rebeldia e por vezes demonstrarem alguma indiferença aos temas, acabaram por ser bastante proactivos na sessão, motivados e até preocupados com alguns comportamentos que normalmente desenvolvem ou conhecem alguém que desenvolve, tentando obter respostas para solucionar os problemas. Muitos deles afirmaram ter sido uma mais-valia a sua participação nestas atividades, pois adquiriram novos conhecimentos em relação à importância de uma vida com Hábitos Saudáveis.

Apesar de termos contribuído para a saúde destes jovens é sempre insuficiente, pois como refere o Programa Nacional de Saúde Escolar, “

“ao longo do ciclo de vida e no ambiente escolar, as necessidades das crianças e dos jovens vão-se tornando cada vez mais complexas e exigentes, e o processo de intervenção da saúde escolar vai-se também modificando. Para que haja estabilidade na aquisição de comportamentos positivos, os temas deverão ser revisitados várias vezes ao longo do processo de escolarização, de uma forma progressiva (...)” (PORTUGAL, 2006a:23).

1.7 – AVALIAÇÃO

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar (Imperator & Giraldes, 1993: 173).

Atingida a parte final do planeamento em saúde é altura de revisar se as estratégias seleccionadas, as atividades desenvolvidas, a preparação da execução e a execução foram claras e adequadas a fim de atingir objectivos fixados, segundo os problemas identificados e necessidades identificadas. Caso não se verifique, teremos de voltar ao início de todo o processo de planeamento pois segundo Tavares (1990), esta etapa do planeamento também se assume pela sua operacionalidade.

Deste modo, “a sua função primeira é determinar o grau de sucesso na consecução de um objectivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.” (Tavares, 1990:205).

Segundo Pineault e Daveluy (1987), referenciado por Pereira, 2011:7) “a avaliação efetua uma revisão de todos os elementos do planeamento, constituindo, essencialmente, um olhar retrospectivo para as diferentes etapas do processo”.

Após percorrer uma longa caminhada, chegámos à última etapa do planeamento, onde se faz a avaliação da intervenção comunitária desenvolvida. Para isso, é necessário perceber se cumprimos os objetivos e o modo como respondemos aos indicadores de atividade e de resultado da atividade, anteriormente definidos.

Imperatori (1982), também faz referência a esta etapa do planeamento, realçando que a sua finalidade é tornar mais operativos os programas desenvolvidos, assim como nortear a organização dos recursos, assumindo as informações fornecidas pela experiência, ou seja o autor reforça o facto de normalmente só se fazer referência à justificação das necessidades identificadas, assim como a sua insuficiência, em detrimento dos factores mencionados anteriormente.

Os autores assumem que existem várias tipologias para a avaliação do planeamento em saúde, realçando-se a que se observou ser mais adaptada para o presente relatório, a classificação segundo a implementação das atividades – internas ou externas, pois “visam as primeiras determinar o bom funcionamento dos serviços e as últimas, conhecer o impacto das atividades sobre a população.” (Imperatori, 1982:128).

Imperatori & Geraldles (1982 e 1993) e Tavares (1990) destacam nas suas obras a importância da definição de indicadores no planeamento em saúde, sendo que, Imperatori (1982:132), considera

“A escolha final de um indicador para integrar um sistema de avaliação resultará da apreciação de todas as suas características na situação específica em que será empregado, mas chama-se a atenção sobretudo para a facilidade de obtenção dos dados e o seu cálculo, e a sua especificidade quanto ao fenómeno que pretende medir.”.

Assim, no que diz respeito às avaliações externas empregam-se indicadores de resultado ou impacto e nas avaliações internas indicadores de atividade ou execução (Imperatori, 1982).

A avaliação deve ser preparada antes de ser realizada, ficando implicitamente incluída em dois momentos: a fixação de objetivos e a preparação operacional. Na primeira fixar-se-ão os padrões de resultado ou impacto do plano e na segunda os de execução ou de atividade, sendo que nesta etapa se avaliam, a curto prazo, os indicadores de atividade, e a médio prazo, os resultados obtidos nos principais problemas de saúde (Imperatori & Giralles, 1993).

Deste modo, é

“importante que cada projeto contenha uma forma de avaliação, que ao nível dos resultados que se esperam obter, quer ao nível da sua elaboração, implementação e execução. Daqui se depreende que a avaliação se inicia logo na primeira etapa do processo de planeamento, acompanhando-a em todas as etapas subsequentes.”

(Tavares, 1990:214).

No concerne à avaliação do estágio a que se vem fazendo referência neste relatório, socorremo-nos da avaliação interna, através da utilização de um questionário, elaborado pelas alunas do mestrado, com o intuito de conhecer a satisfação dos adolescentes relativamente à

pertinência e finalidade da sessão de educação para a saúde relativamente aos Hábitos de Vida dos adolescentes na temática “Consumo de Álcool e Drogas”.

Utilizou-se o método quantitativo que se encaixa no paradigma tradicional positivista ou experimental, pois como refere (Terence & Fialho, 2006:1):

“os estudos orientados pela doutrina positivista são influenciados inicialmente pela abordagem das ciências naturais, que postulam a existência de uma realidade externa que pode ser examinada com objetividade, pelo estabelecimento de relações causa-efeito, a partir da aplicação de métodos quantitativos de investigação, que permitem chegar a verdade universais”.

Segundo os mesmos autores, neste método o Investigador, não procura envolver-se na compreensão dos fenómenos que estuda, ações dos indivíduos, grupos ou organizações no ambiente e contexto social, sem os interpretar segundo a perspectiva dos participantes da situação enfocada, preocupando-se sim, com a representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito. “A pesquisa quantitativa (...) preocupa-se em medir (quantidade, frequência e intensidade) e analisar as relações causais entre as variáveis.”

(Terence & Fialho, 2006:7)

O questionário possibilita dispor a informação de modo rigorosa, pois limita os sujeitos às questões formuladas, possibilitando melhor controlo de enviesamentos.

O planeamento do questionário é de extrema importância para a validade e fidelidade dos resultados, pois como refere Fortin, 1996:225) “ são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida (...) avaliam-se em graus e não pela presença ou ausência de uma ou outra característica”.

O questionário é constituído apenas por questões fechadas, com linguagem simples e clara. As perguntas fechadas apresentam-se sob a forma de escalas tipo Likert

Fortin. (1996:101) refere que, as questões “ decorrem diretamente do objectivo e especificam os aspetos a estudar”.

Foi garantida a confidencialidade, privacidade e anonimato das respostas dadas pelos adolescentes.

Para o tratamento dos dados, recorreu-se à utilização do programa informático de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 21, que permite uma análise estatística inferencial.

O Diagnóstico de Saúde abrangeu então, um total de 232 alunos das turmas de 7º e 8º ano (ano letivo 2012/2013), de um total de alunos de 269. Esta diferença corresponde aos alunos que nos dias de aplicação do questionário (no dia 13/05/2013 e 14/05/2013) faltaram à aula ou não estavam autorizados pelos encarregados de educação a responder ao mesmo.

Contudo, pelos motivos atrás mencionados, na intervenção comunitária estiveram presentes 22 alunos, 10 alunos do 8º ano e 12 alunos do 9º ano. Ou seja, 13 alunos do sexo feminino (59.1%) e 9 alunos do sexo Masculino (40.9%), razão pela qual não cumprimos um dos objectivos traçados, sendo que não puderam estar presentes na sessão mais de 70% dos adolescentes inquiridos neste estudo, sendo que o não atingimento deste objetivo não está relacionado diretamente com as alunas do mestrado, e sim com fatores externos que impediram a presença dos alunos na sessão.

As idades variam entre os 13 e os 15 anos e, verifica-se que, o maior número de adolescentes tem 14 anos (45.5%), seguindo-se os de 13 anos (31.8%), tal como se pode verificar na Tabela nº6 e nº7.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13,00	7	31,8	31,8	31,8
	14,00	10	45,5	45,5	77,3
	15,00	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tabela nº 6 – Distribuição dos adolescentes segundo a idade

		Frequenc y	Percent	Valid Percen t	Cumulative Percent
Valid	Feminino	13	59,1	59,1	59,1
	Masculino	9	40,9	40,9	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tabela nº 7 – Distribuição dos adolescentes segundo o género

A maioria dos adolescentes frequenta o 9º ano de escolaridade (54.5%), contra 45.5% do 8º ano.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8º ano	10	45,5	45,5	45,5
	9º ano	12	54,5	54,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tabela nº8 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade

Com a aplicação do questionário de satisfação, pretendíamos sobretudo conhecer, qual o grau de satisfação dos adolescentes face à sessão de educação para a saúde realizada (**Tabela nº9, nº10, nº11, nº12, nº13 e nº14**).

Quando questionado quanto ao **modo como se sentiram durante a sessão**, a maioria adolescentes responderam sentir-se *Satisfeitos* (45.5%) e *Extremamente satisfeito* (22.7%).

Apenas 4.5% dos adolescentes respondeu sentir-se *Pouco Satisfeito* na sessão realizada.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco satisfeito	1	4,5	4,5	4,5
	Satisfeito	10	45,5	45,5	50,0
	Muito satisfeito	6	27,3	27,3	77,3
	Extremamente Satisfeito	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tabela nº 9 - Distribuição dos adolescentes quanto ao grau de satisfação relativamente ao modo como se sentiram durante a sessão

Relativamente à **pertinência dos temas abordados**, as respostas dos adolescentes tenderam para o *Muito Satisfeitos* (45.5%), seguido do *extremamente Satisfeitos* (36.4%). Nenhum aluno demonstrou a sua insatisfação quanto à pertinência dos temas abordados.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Satisfeito	4	18,2	18,2	18,2
	Muito Satisfeito	10	45,5	45,5	63,6
	Extremamente Satisfeito	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tabela nº10 – Distribuição dos adolescentes quanto ao grau de satisfação relativamente Pertinência dos temas abordados

Quando pedida a sua opinião quanto ao **modo como os temas foram abordados**, os adolescentes demonstram mais uma vez a sua satisfação, referindo-se *Muito Satisfeito*

(68.2%) e *extremamente satisfeito* (31.8%). Mais uma vez, nenhum aluno manifestou insatisfação pela sessão.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito Satisfeito	15	68,2	68,2	68,2
	Extremamente Satisfeito	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tabela nº 11 – **Distribuição dos adolescentes quanto ao grau de satisfação relativamente ao modo como os temas foram abordados**

Dos adolescentes inquiridos 40.9% mostrou-se muito *satisfeito e extremamente satisfeitos* no que diz respeito ao **esclarecimento de dúvidas**. Só 18.2% referiu sentir-se apenas *satisfeito*. Não houve nenhum aluno a referir insatisfação neste parâmetro de avaliação.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Satisfeito	4	18,2	18,2	18,2
	Muito satisfeito	9	40,9	40,9	59,1
	Extremamente Satisfeito	9	40,9	40,9	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tabela nº 12 – **Distribuição dos adolescentes quanto ao grau de satisfação relativamente ao Esclarecimento de dúvidas**

Avaliando o grau de satisfação quanto às **suas expectativas relativamente à sessão**, constámos que, a maioria referiu sentir-se *extremamente satisfeito* (45.5%) e *muito satisfeito* (36.4%). Apenas 18.2% dos adolescentes inquiridos referiu sentir-se *satisfeito*. Não houve manifestações de insatisfação por parte dos alunos que responderam ao questionário.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Satisfeito	4	18,2	18,2	18,2
	Muito Satisfeito	8	36,4	36,4	54,5
	Extremamente Satisfeito	10	45,5	45,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tabela nº 13 – **Distribuição dos adolescentes quanto ao grau de satisfação relativamente às suas expectativas em relação à sessão**

Por fim, o ultimo parâmetro a ser avaliado foi o **grau de satisfação da sessão em geral**, onde 45.5% dos adolescentes referiram sentir-se *muito satisfeito* e 40.9% *extremamente satisfeito*. Apenas 4.5% dos adolescentes referiam sentir-se *pouco satisfeitos*.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco satisfeito	1	4,5	4,5	4,5
	Satisfeito	2	9,1	9,1	13,6
	Muito satisfeito	10	45,5	45,5	59,1
	Extremamente Satisfeito	9	40,9	40,9	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tabela nº 14 – **Distribuição dos adolescentes quanto ao grau de satisfação relativamente à sessão em geral**

Portanto, podemos verificar que obtivemos mais de 95.5% dos questionários respondidos com posicionamento na escala de satisfação na categoria de satisfeito ou mais.

Assim, considera-se que o objectivo geral desta intervenção foi tido em consideração na consecução das atividades desenvolvidas, e assim se justifica através dos resultados obtidos nas tabelas exposta anteriormente, assim como os restantes objectivos específicos que também foram atingidos na sua totalidade desta Intervenção.

No que diz respeito aos indicadores de resultado da atividade, aplicamos os questionários de satisfação do final da sessão de educação para a saúde aos alunos autorizados pela direção a estarem presentes, e tendo em conta essa população (22 alunos), todos responderam ao mesmo (100%), logo demos resposta a este tipo de indicador, uma vez que o nosso objectivo traçava a presença de mais de 70% dos alunos a assistir à sessão. Indiscutivelmente que o objetivo não foi traçado para uma população tão reduzida, mas não tendo outra alternativa, tivemos de dar resposta ao indicador com o nº de adolescentes que puderam estar presentes.

Deste modo, perante a percentagem de respostas (100%), podemos avaliar que a atividade decorreu de forma adequada e satisfatória, relativamente aos objetivos estabelecidos.

Relativamente aos indicadores de impacto, estes são aqueles que irão possibilitar verificar se houve alterações nas atitudes / comportamentos da população-alvo, a médio / longo prazo, (Tavares, 1990) o que no caso da nossa intervenção não se aplica, uma vez que não desenvolvemos qualquer atividade de avaliação que permita efetuar esta tarefa, uma vez que houve limitações de carácter temporal, associadas ao período de estágio, que impossibilitaram a sua obtenção.

Relativamente às melhorias e contributo desta Intervenção para o sector da saúde, podemos destacar o empoderamento da classe juvenil, conseguindo reforçar os fatores positivos, através da promoção de Hábitos de Vida Saudáveis, principalmente no que se refere aos hábitos de consumo de substância, pois

“a maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de Programas de Saúde Escolar efetivos. Os estudos de avaliação do custo-efetividade das intervenções preventivas têm demonstrado que 1 € gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14 € em serviços de saúde, amanhã” (PORTUGAL, 2006a:6)

No desenvolvimento destas atividades, as equipas de saúde escolar assumem um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população portuguesa (PORTUGAL, 2006a).

IV- DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA

1-DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS

Neste acapítulo do relatório de estágio iremos expor todos os aspetos mais relevantes desenvolvidos durante o estágio, assim como a sua análise.

O estágio a que o dito relatório faz referência decorreu no período de 16.09.2013 a 31.01.2014, e foi direcionado para uma única intervenção, e foca nos Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes do 7º e 8º ano (ano letivo 2012/2013) da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Todo o desenvolvimento do estágio foi realizado utilizando como suporte a metodologia do Planeamento em Saúde, pois permite “proporcionar uma análise integrada das necessidades da população, com novas perspetivas de ação, uma concentração de esforços e melhor aproveitamento dos recursos, fomentando sinergias e a promoção da capacidade, motivação e autonomia da comunidade” (Brissos, 2004).

De realçar que, nem todas as sessões programadas foram possíveis de ser realizadas, quer por questões temporais, quer por questões relacionadas com a organização e metodologia pedagógica da nova direção da ESMS, que dificultou o desenvolvimento das atividades. A falta de motivação da escola associada ao desinteresse dos jovens por desconhecimento das atividades que se pretendiam realizar, desencadeou o insucesso de algumas das atividades planeadas.

Relativamente à intervenção comunitária realizada na área dos Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes da ESMS, foi desenvolvida tendo em conta aquilo que foi possível trabalhar na ESMS, no período de tempo acima mencionado. O empenho e dedicação com que foram pensadas todas as sessões desta intervenção fez com que, a considerássemos apesar das contrariedades, uma intervenção bastante enriquecedora e uma mais-valia para os adolescentes que tiveram oportunidade de fazer parte dela, pois tal como refere Brito (2012:60) “o consumo de substâncias (álcool, tabaco e drogas) é comum nos diferentes grupos socioeconómicos e em diferentes faixas etárias, no entanto, durante a adolescência este torna contornos particulares.

Segundo Nunes (2004) referenciado por Brito (2012), adolescência é uma etapa particularmente vulnerável no que respeita ao consumo de substâncias, pois é conhecido pelo período de socialização onde o jovem adquire hábitos e atitudes, quase sempre copiando os modelos que observa.

Durante esta fase há uma acentuada necessidade de marcar a sua personalidade e identidade, motivo pelo qual “há uma série de factores que levam os adolescentes a consumir drogas. (Marques *et. al.*, 2008 citado por Brito, 2012:61)

Na concretização das atividades planeadas, e pelas contrariedades encontradas na concretização de todas as atividades, foi apenas desenvolvida uma Sessão de Educação para a Saúde, não podendo contemplar toda a população do estudo (232 adolescentes responderam ao questionário, sendo que o total das turmas de 7º e 8 ano é 269, contudo alguns não tinham autorização do encarregados de educação para responder ao inquérito e outros faltaram à aula), por indicação da escola, sendo que englobou apenas os delegados e sub-delegados (10 alunos do 8º ano= 5 turmas e 12 alunos do 9º ano = 6 turmas) das turmas que tinham respondido ao questionário (13/05/2013 e 14/05/2013) no ano letivo 2012/2013, onde falámos sobre Hábitos de Vida Saudáveis, remetendo para a problemática do “Consumo de Álcool e Drogas”.

Inicialmente expusemos os conteúdos de uma forma mais seria, colocando um Power Point sobre o Consumo de álcool e de Drogas, pois o método expositivo é sempre bem recebido por parte dos formandos. À medida que íamos falando, tentámos criar dúvidas nos adolescentes e fazer com que eles as expusessem perante o grupo. O tema é polémico, e por isso um grande número de adolescentes participou ativamente na sessão.

As drogas constituem um problema individual, familiar e social devido aos seus efeitos. Gonçalves *et. al.* (2008) citado por Brito (2012:61), reforçam esta ideia e referem “que as drogas lícitas (álcool e tabaco) e as ilícitas constituem um grave problema e que põem em risco as sociedades e a democracia uma vez que conduzem as pessoas a um estado de dependência física e psicológica, com graves consequências a nível ecossistémico”.

É assim importante prevenir o abuso de substâncias através de ações preventivas. Um excelente local para a realização deste tipo de ações é a escola ou as instituições de ensino, uma vez que é nestes locais que os adolescentes passam grande parte do seu tempo.

(Brito, 2012)

Depois de abordados os temas, realizámos um jogo interativo de avaliação de conhecimentos (jogo do envelope), em que nuns envelopes havia a pergunta e noutros a resposta e os jovens tiveram de encontrar as respetivas correspondências. No final da sessão, passámos um filme ilustrativo do tema, com algumas das imagens expostas a serem bastante chocantes, com o intuito de intimidar os adolescentes, e sensibiliza-los para esta problemática.

Tentámos ao máximo, contribuir para um processo de capacitação (*empowerment*) dos adolescentes em relação ao seu processo de Saúde/Doença direcionando-os no caminho das

boas práticas fornecendo-lhes todas as indicações primordiais à adoção de Hábitos de Vida Saudáveis. Contudo, estas ações de educação para a saúde só fazem sentido, se houver um acompanhamento apertado por parte dos educadores (pais/ professores), no sentido de se encontrarem alerta para os sinais demonstrados pelos jovens no que respeita aos Hábitos de Consumo de substâncias.

Não negligenciar comportamentos e atitudes que possam ser demonstrativas de excessos de consumo.

Segundo Palha (2007) citado por Costa (2011:66)

“os sinais e sintomas indicadores de consumo excessivo de álcool ou drogas na adolescência são: rendimento académico mais baixo, lapsos breves de atenção e concentração, absentismo e atrasos nos horários escolares, incapacidade para lidar com frustrações, mudanças constantes de grupos de amigos íntimos, irritabilidade com os membros da família e amigos íntimos, desconfiança face aos amigos, rebeldia, mentiras aos pais e professores e conduta impulsiva”.

Na Intervenção desenvolvida na ESMS, verificamos que, em relação ao álcool, a maior parte dos adolescentes em estudo já o consumiram, contudo, tanto rapazes como raparigas, apesar de já terem ingerido álcool, raramente o fazem no seu dia-a-dia.

Na questão que identifica o número de vezes que cada adolescente ficou embriagado, a maior parte dos inquiridos respondeu que nunca ficou.

O Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) é um estudo realizado a nível Nacional que caracteriza com minúcia os consumos dos alunos que integram o 3.º Ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário, das diferentes regiões do país. É um estudo desenvolvido pelo Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT). O último inquérito realizou-se em 2006, e os resultados preliminares apontam as percentagens de alunos que já consumiram alguma bebida alcoólica como sendo 59% no 3º Ciclo 88% no Secundário. Números que não comprovamos no nosso estudo, assumimos percentagens relativamente mais baixas.

Também nos estudos realizados a nível Europeu, os valores de percentagens de consumo de álcool se remetem para percentagens mais elevadas do que aquelas que conseguimos avaliar no diagnóstico realizado. O ESPAD (2007), referente ao consumo de álcool, expõem os resultados dos 13 Países avaliados, revelando que mais de dois terços dos estudantes beberam álcool, pelo menos uma vez, durante a sua vida. Apesar disso, Portugal não está marcado na lista dos adolescentes que mais consomem álcool neste estudo, corroborando aquilo que verificamos no nosso diagnóstico (Costa, 2011)

Relativamente ao consumo de tabaco, percebemos que são bastante elevados os Hábitos de consumo, principalmente quando falamos de adolescentes do sexo feminino. A iniciação ao consumo de tabaco entre rapazes apresenta-se assim em números inferiores.

No entanto, quando se fala de um consumo de tabaco mais regular, são os rapazes que mais o referem, ao contrário das raparigas, que apenas o experimentaram em situações pontuais.

Estes resultados são uma mais-valia para a manutenção da saúde juvenil, pois as doenças provocadas pelo fumo do tabaco são inúmeras, pois o fumo do cigarro é um aerossol (dispersão coloidal de sólidos num gás) que contém mais de 4700 substâncias químicas, muitas delas nocivas para a saúde (WHO, 2006)

Gonçalves *et. al.* (2008) citado por Brito (2012:62) publicou um estudo que pretendia saber quais as preocupações dos alunos e professores em relação à adição de álcool, tabaco e drogas assim como quais as suas percepções relativamente ao género mais em risco, às campanhas escolares e aos programas ou manuais escolares.

“Concluiu-se que para ambas estas substâncias estão na origem de muitos problemas sociais, pessoais e económicos que afectam quer o individuo quer a sociedade. A escola é reconhecida pelo importante papel preventivo que desempenha, no entanto quer os alunos quer os professores pensam que nas práticas escolares, as ações de prevenção têm pouca expressividade”.

Ainda no sentido de perceber situações e comportamentos de risco nestes adolescentes, analisamos a temática das substâncias proibidas onde verificámos que a maioria dos adolescentes nunca as consumiu.

Mais uma vez, os resultados são diferentes entre o sexo masculino e feminino, uma vez que se verificou uma maior percentagem de raparigas a referir esta experiência.

Neste contexto, “haxixe” foi a substância referida em maior número e por elementos do sexo feminino. O sexo feminino mantém-se ainda à frente, quando se fala de frequência do consumo. As percentagens elevadas das respostas “ ocasionalmente” e “semanalmente”, sugerem a existência de hábitos de consumo mais ou menos frequentes nestes indivíduos.

Deste modo achei pertinente expor a análise do consumo de drogas no nosso país, através do estudo HBSC (2010) que revela:

✓ Relativamente ao consumo de drogas no último mês, por alunos do 10.º ano de escolaridade, 90,0% refere que nunca consumiu, 4,1% referem que consumiram uma vez e 3,5% referem que consomem regularmente;

✓ As drogas mais experimentadas foram o **haxixe** (8,8%), os estimulantes (3,4%) e a LSD (1,9%);

✓ O consumo das drogas anteriormente referidas é maior nos rapazes do que nas raparigas; 93,1% dos jovens inquiridos refere que nunca consumiu cannabis ao longo da vida, 3,0% refere que consumiu 1 ou 2 vezes e 3,9% refere que consumiu mais que 3 vezes;

(Matos, *et al*, 2012)

O diagnóstico efetuado e a Intervenção realizada na sessão de educação e promoção da saúde, contribuiu para a consciencialização dos adolescentes sobre a importância da adoção de Hábitos de Vida Saudáveis, e foi sem dúvida o nosso objetivo principal e para o qual trabalhamos durante todo o período de estágio. Esta consciencialização por parte dos adolescentes trouxe benefícios não só para a sua própria saúde, como também para o próprio serviço Nacional de Saúde, uma vez que indivíduos informados, conduz a uma redução dos casos de doença e desequilíbrio bio/psico/social.

Ao elaborar-mos e aplicar-mos o questionário de satisfação, permitiu-nos avaliar, o agrado dos adolescentes perante a sessão de educação e promoção da saúde, e onde obtivemos como resultado que 98.5% dos adolescentes ficaram *Satisfeitos*, *Muito Satisfeitos* e *Extremamente Satisfeitos* relativamente ao modo como se sentiram durante a sessão, à pertinência dos temas abordados, ao modo como os temas foram expostos, relativamente ao esclarecimento de dúvidas, as expectativas relativamente à sessão e por fim ao seu grau de satisfação em geral. Sendo de salientar que obtivemos uma percentagem de 100% de questionários preenchidos.

O sucesso desta intervenção, com todas as contrariedades existentes só foi possível devido ao envolvimento dos mestrandos como, também, da ESSP, dos professores da ESSP responsáveis pelo Estágio, que reuniram esforços para que todos os trabalhos desenvolvidos não tivessem sido em vão, uma vez que, a direção da ESMS dificultou a certa altura muito o nosso trabalho. Desmarcou datas que já tinham sido previamente acordadas em cronograma, desvalorizou alguns temas a serem abordados, impôs limite de alunos na presença às sessões, além de pouca disponibilidade para a concretização das atividades programadas.

A dada altura, tivemos a certeza de que a ESMS não estava nada interessada no envolvimento dos alunos nesta atividade e que, obviamente pela mudança de direção, isso se refletiu. A aplicação dos questionários tinha sido feita com consentimento de um determinado grupo de docentes com modelo pedagógico que englobava a saúde escolar, e que consideravam extremamente importante o envolvimento de profissionais de Saúde com os adolescentes. Por outro lado, a nova direção, desvalorizou de algum modo o trabalho

desenvolvido, não facilitando em nada as datas das sessões nem a disponibilidade dos alunos para poderem estar presentes nas mesmas.

Contudo, apesar dos obstáculos, o trabalho que conseguimos desenvolver com os adolescentes foi produtivo, como podemos constatar nos questionários de satisfação. A participação deles foi bastante ativa, e o mais importante é que estavam bastante despertos para as problemáticas que foram abordadas, utilizando a sua opinião e questionando sempre que surgiam dúvidas.

A realização de Sessões de Educação para a Saúde na nossa intervenção, foi na minha ótica essencial, uma vez que a Educação para a Saúde “constitui-se como um instrumento, para alcançar os objetivos da Promoção da Saúde, assumindo uma função vanguardista na estratégia global da Promoção da Saúde” (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004: 465)

O modelo de Promoção da Saúde utilizado, a Teoria da Aprendizagem Social ou Teoria Sócio-Cognitiva de Bandura, demonstrou ser o mais adequado, uma vez que, com as intervenções comunitárias queremos contribuir para a modificação de comportamentos dos adolescentes relativamente aos seus Hábitos de Vida.

Tal como defende a teoria, a interação recíproca – fatores internos (intrínsecos ao sujeito), fatores externos (do meio ambiente) e o comportamento do sujeito interagem uns com os outros, influenciando-se mutuamente. Uma vez têm mais peso um dos elementos, outras vezes outro. Assim, se abandona a tradicional polémica dos que defendem que o comportamento apenas é influenciado por fatores ambientais e os que apenas dão valores aos fatores pessoais, ignorando os ambientais.

Deste modo, tendo por base os pressupostos desta teoria, procuramos proporcionar aos adolescentes um momento para aquisição de conhecimentos sobre Hábitos de Vida Saudáveis, assim como, o modo como poder coloca-los em prática (*capacidade comportamental*).

Tentámos ir de encontro às suas expectativas aquando da adoção de comportamentos saudáveis e de incentiva-los quanto à sua capacidade de adoção desses mesmos comportamentos (*autoeficácia*), sendo que o principal objetivo foi fazer com que eles percebam que, a melhor gratificação que podem ter pela adoção desses mesmos comportamento é um pleno bem-estar de saúde (*reforço*), pois como refere o Concelho de Enfermagem (2009: 2), “as primordiais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde”.

Estamos consciencializadas que, com a concretização desta Intervenção não é de todo possível avaliar os ganhos em Saúde (impacto), uma vez que não voltámos a ter contato com estes jovens e não pudemos avaliar se houve alterações de comportamento.

Contudo, pensamos ter contribuído de uma forma preponderante na adoção de estilos de vida saudáveis e que assim conduzirá para a obtenção de ganhos para a Saúde dos adolescentes.

Obviamente que achamos que aquilo que conseguimos fazer foi pouco, tendo em conta o que tínhamos programado, e que talvez se tivéssemos tido oportunidade de concretizar todas as sessões de Educação para a Saúde os ganhos fossem maiores, pois os temas eram mais discutidos e mais pensados. Contudo, o calendário escolar por si só já impõem algumas limitações na marcação das sessões, acrescido aos contra-tempos que surgiram posteriormente com a mudança de direção da ESMS, tal tarefa tornou-se impossível.

Assim, com a realização do estágio e a elaboração do presente relatório e indo ao encontro da metodologia do planeamento em saúde, destaco que:

Aprofundei conhecimentos sobre o planeamento em saúde em contexto de promoção da saúde ao indivíduo e comunidade (elaborado diagnóstico de situação, definidas prioridades, fixados objectivos, seleccionadas estratégias e desenvolvidas atividades, preparada a execução e avaliação) indo ao encontro das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária;

- ✓ Debatei ideias com os colegas e coordenação de mestrado. As diversas reuniões realizadas permitiram a operacionalização do estágio;

- ✓ Foi essencial a elaboração do projeto individual/grupo de estágio pois auxiliou como guia orientador para o estágio, tendo sofrido modificações sempre que se achou relevante. As alterações realizadas referem-se ao cronograma de atividades;

- ✓ A articulação e envolvimento dos diretores e professores da escola envolvida foi bastante negativa, dado o fraco acolhimento, receptividade, feedback e indisponibilidade da direção e dos professores.

Na Escola secundária Mouzinho da Silveira, não houve a preocupação e interesse de dar continuidade ao que já tinha sido iniciado com os anteriores mestrados, não valorizando o papel dos enfermeiros como atores importantes na educação para saúde, referente aos Hábitos de Vida Saudáveis dos adolescentes da sua escola.

- ✓ Desenvolvi atividades direcionadas aos adolescentes que frequentam o 8.º, 9.º (ano lectivo 2013/2014), contribuindo para a capacitação e *empowerment* destes face à adopção de comportamentos responsáveis e saudáveis nos diferentes contextos que englobam a sua vida diária (realizadas sessão sobre “Consumo de Álcool e Drogas” em ambiente escolar aos adolescentes, visionado vídeo alusivo à temática, e realização de jogo interativo com os envelopes).

Apesar de tudo, foi possível realizar uma verdadeira partilha de conhecimentos, desmistificando-se crenças e mitos, e clarificando-se ideias e dúvidas. As técnicas utilizadas, nomeadamente o método expositivo e consequentemente o interrogativo, foram essenciais para o satisfatório resultado da sessão, pois motivou a participação e o interesse dos adolescentes.

✓ Os recursos (humanos, materiais, financeiros) utilizados foram os definidos em toda a metodologia do planeamento;

Relativamente às metas estabelecidas:

✓ Obtivemos 86,2% dos questionários preenchidos que permitiram a elaboração do diagnóstico de situação relativo aos Hábitos de Vida Saudáveis dos adolescentes da ESMS;

✓ Foi concretizada apenas uma sessão de educação para a saúde das três previstas;

✓ Todos os adolescentes que assistiram às sessões visualizaram o vídeo e participaram no jogo do envelope;

✓ Obtivemos o sucesso previsto relativamente ao envolvimento dos mestrandos, o mesmo não se pode dizer dos professores e direção da escola;

✓ Mais de 70% dos adolescentes consideraram importante a realização de sessões de educação para saúde relativamente à problemática “Consumo de Álcool e Drogas; as informações fornecidas pertinentes; os meios utilizados adequados; e as suas dúvidas esclarecidas.

✓ Pretendemos ter contribuído para que mais de 70% dos adolescentes que frequentam o 8.º e 9.º ano (ano lectivo 2013/2014) da Escola Secundária Mouzinho da Silveira estejam capacitados para a tomada de decisões saudáveis relativamente aos seus Hábitos de Vida, relativamente à valorização da adolescência, enquanto etapa de crescimento do ser humano.

No que se refere às limitações encontradas nesta Intervenção realizada, destaco:

✓ A reduzida experiência do grupo de alunas de mestrado em contexto de metodologia do planeamento em saúde e a limitação temporal deste, pois o tempo de estágio revelou-se escasso para aprofundar conhecimentos e para futuramente voltar a reavaliar os conhecimentos e comportamentos dos adolescentes, assim como a pouca disponibilidade dos recursos oferecidos pela ESMS, no que diz respeito à disponibilidade de horário para realizar as sessões programadas;

✓ Os resultados obtidos no questionário de avaliação aplicado no final das sessões aos adolescentes não possibilita fazer generalizações para a realidade da cidade, distrito, região, ou do país, visto se limitar apenas a turmas de 8.º, 9.º ano (ano lectivo de 2013/2014)

Contudo, possibilitou compreender a importância que os adolescentes atribuem à realização de sessões no âmbito do “ Consumo de Álcool e Drogas”, reconhecendo que os enfermeiros detêm um papel de extrema relevância, uma vez que ficaram satisfeitos com os temas abordados e viram esclarecidas as suas dúvidas. Para esta afirmação, pode convergir o facto de a enorme maioria dos adolescentes ter respondido ao questionário.

CONCLUSÃO

Neste capítulo debruçamo-nos sobre as conclusões e implicações do Diagnóstico de Situação realizado e posteriormente a Intervenção Comunitária, tendo em conta os objetivos do presente trabalho, apresentando uma análise conclusiva da Intervenção Comunitária desenvolvida.

Constatou-se, ao longo desta Intervenção Comunitária, que os modelos atuais de compreensão dos comportamentos dos adolescentes relacionados com Hábitos de Vida saudáveis, indicam a coexistência de determinantes de natureza individual (sexo, idade, personalidade) e de contexto (fatores socioeconómicos, culturais, suporte familiar, stresse familiar, ambiente escolar, grupo de pares) na sua formação, pelo que ao estudar predominantemente um tipo de fatores, se obtém sempre uma compreensão parcial do problema (Currie, *et al.*, 2000, 2004).

Na verdade, a complexidade própria inerente à fase da adolescência pressupõe uma abordagem multifatorial dos aspetos que poderão influenciar as opções dos adolescentes face aos seus estilos de vida.

Para Brito (2012:71) “a promoção da saúde nas escolas deve ser realizada quer através de acções interventivas e educativas quer através da fomentação de um ambiente saudável. Para que se possam planear e implementar atividades pertinentes é necessário ter uma avaliação real e concreta da realidade e dos hábitos de vida dos alunos”.

Fazer um bom Diagnóstico da Situação permitiu-nos perceber sobre prevalências e fatores de risco de alguns comportamentos de Saúde (hábitos alimentares, prática de atividade física, consumo de álcool e de tabaco, hábitos de sono e repouso, conhecer a saúde mental assim como a sexualidade) dos jovens adolescentes da amostra. Permitiu ainda descrever a percepção de temas de Promoção de Saúde a desenvolver na escola alvo, uma vez que, o único estudo existente sobre os hábitos de vida e de saúde dos jovens portugueses é o HBSC (2010). Este estudo foi então realizado em colaboração com a OMS e tem como objectivo estudar os Hábitos de Vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas (Brito, 2012).

Perante isto, não podia deixar de ser mais pertinente a temática escolhida para elaborar o Diagnóstico de Saúde e posterior Intervenção Comunitária.

Os resultados obtidos neste Diagnostico de Saúde foram de extrema importância em Educação para a Saúde, porque foram identificados os hábitos de Saúde dominantes na população alvo, que foram analisados/ponderados e para os quais foram tomadas medidas

preventivas e corretivas dos comportamentos de Saúde nestes adolescentes através da Intervenção Comunitária desenvolvida e descrita neste relatório.

Os resultados obtidos, quer com a elaboração do Diagnóstico de Saúde, quer posteriormente com o estágio em Saúde Comunitária e consequentemente com a intervenção Comunitária, sublinham a importância da elaboração e operacionalização de programas de intervenção nas escolas, pois é necessário um espaço temporal e recursos humanos para a aplicação dos mesmos. Muitas vezes estas carências são apresentadas como justificação para não levar a cabo os programas pois, as escolas/agrupamentos de escolas parecem ignorar o Decreto de Lei n.º 6/2001 que permite fazer uma gestão flexível dos currículos, criando um Projeto Curricular de Escola e Projetos Curriculares de Turma, que permitirão trabalhar em EpS através da reformulação das orientações curriculares de algumas disciplinas. Por outro lado, este Decreto de Lei prevê a existência de 45 minutos semanais, no 2º e 3º Ciclos, que são da autonomia de cada Escola, podendo ser utilizados para esse fim. A má gestão da componente não letiva dos docentes aliada a carências de formação neste domínio, parece ser outro dos entraves do processo, e foram sobretudo estes obstáculos que tivemos oportunidade de observar durante o estágio. O envolvimento dos docentes/escola, nos programas de Educação para a Saúde é ainda muito rudimentar, e não é dado a este aspeto o relevo que esta área merece.

A Enfermagem Comunitária arroga um papel preponderante neste aspeto, uma vez que os profissionais desta área são, por excelência, possuidores de competências que lhes possibilitam encarar de forma adequada às necessidades das pessoas/grupos/comunidades, partindo da avaliação multicausal dos principais problemas de Saúde Pública e, seguindo, criando programas/projetos de intervenção, com vista ao *empowerment* das comunidades e ao desempenho da cidadania.

A Promoção da Saúde, apresenta-se como “ferramenta” do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, no sentido de fazer chegar a informação ao destino final, neste caso, o adolescente e seu meio envolvente.

A Enfermagem de Especialização em Saúde Comunitária precisa assim intervir e atuar de forma interdisciplinar, juntamente com outros profissionais, pretendendo sempre obter a melhor qualidade de cuidados possíveis.

“ E se estamos em busca constante de conhecimento, isso justifica que assumamos uma outra perspetiva/consciencialização, de maior abertura face à educação para a saúde, que é um campo de extrema abrangência e que, por isso mesmo, está intimamente relacionada com a aprendizagem ao longo da vida.” (Gomes, s.d.)

As modificações ocorridas na sociedade e consequentemente a crescente complexidade de atuação profissional na área da Saúde, apelam a uma preocupação acrescida com o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, como forma de obtenção de um nível mais elevado de qualificação que permita dar respostas mais eficazes às necessidades de saúde das populações.

A Organização Mundial da Saúde atenta às modificações que se têm sentido nas sociedades e às novas realidades sócio económicas lançou um conjunto de diretrizes que assentam em pilares axiológicos fundamentais como o são a *equidade*, a *solidariedade* e a *justiça social*. Estes pressupostos, implicam uma reorientação da oferta em Cuidados de Saúde e muito em particular no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários como respostas às crescentes expectativas das populações e inerentes desafios de saúde do mundo de hoje que atravessam todos os contextos vivenciais dos indivíduos, famílias e grupos comunitários.

O *International Council of Nurses* (ICN) refere que os enfermeiros ao trabalharem junto das população assumem um papel crucial na ação e participação comunitária na prossecução de comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado, e que os cuidados de saúde primários são o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e comunidade com o sistema nacional de saúde, trazendo cuidados de saúde tão próximo quanto possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de processo contínuo de cuidados de saúde (International Council of Nurses, 2008).

O cumprimento deste desejo, exige profissionais competentes e capazes de mobilizarem um conjunto de ferramentas que possibilitem a consecução de um planeamento estratégico capaz de responder de forma estruturada, eficaz e eficiente à realidade idiossincrática de cada comunidade.

Por outro lado, os adolescentes também têm um papel vital, uma vez que constituem o grupo de intervenção prioritário, pois representam o futuro, a continuação de um longo caminho na consciencialização das comunidades no seu processo de Saúde/Doença.

O estágio desenvolvido a que se faz referência neste relatório, representou uma mais-valia para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, e demonstra todo o processo de aprendizagem realizado no contexto da prática no decorrer do estágio, com base nos objetivos pessoais traçados no projeto de estágio de grupo e individual.

Os Serviços de Saúde e as escolas detêm uma particular responsabilidade na Promoção da Saúde, que decorre na especificidade da sua intervenção, mas também das múltiplas

oportunidades de contacto direto dos profissionais com pessoas que a eles recorrem, e com as comunidades que servem.

Seguindo esta linha de ideias, pode-se dizer que uma parte fundamental no exercício da profissão de enfermagem é a Promoção e Educação para a Saúde, e foi neste âmbito que nós, alunas de mestrado e enfermeiras atuámos junto da comunidade escolar.

Seguir a metodologia do Planeamento em Saúde para a concretização da intervenção Comunitária foi essencial, pois permitiu-me estabelecer as prioridades em Saúde, formular os objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em Saúde definidas, estabelecer um projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e proceder à avaliação das atividades desenvolvidas. Só assim foi possível atingir a competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária **G1 – Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de Saúde de uma Comunidade.**

Na intervenção realizada tentámos dar o nosso contributo no processo de capacitação dos adolescentes, ao prepararmos um projeto de intervenção direcionado para prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta o diagnóstico realizado.

A implementação desse projeto de intervenção, permitiu mobilizar conhecimentos de várias áreas do saber, como sendo, enfermagem, educação, comunicação e ciências sociais e humanas, e seguir a ideologia da teoria da aprendizagem social de Bandura como modelo conceptual do âmbito da promoção e da educação para a saúde nas atividades realizadas, foi também mais-valia para o sucesso do trabalho desenvolvido.

A forma como abordamos os temas e selecionamos os mesmos de acordo com as características dos adolescentes foi também uma preocupação, atingindo assim mais uma competência específica de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária **G2 – Contribui para o Processo de Capacitação de Grupos e Comunidades.**

Fazer o planeamento de todas as atividades a desenvolver, foi sem dúvida essencial, para um seguimento lógico e preciso de todo o trabalho. Para o conseguir foi preciso ter em conta, não só o Diagnóstico da Situação, mas também todos os objetivos estratégicos expostos no PNS (2004-2010) e (2012-2016), e ainda com o recomendado no Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de Vida.

Deste modo, atingi mais uma competência de Enfermeiro Especialista **G3-Integra a Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito Comunitário e na Consecução dos Objetivos Estratégicos do Plano Nacional de Saúde.**

A dinâmica do perfil epidemiológico das doenças, o avanço do conhecimento científico e algumas características da sociedade contemporânea têm exigido não só constantes atualizações das normas e procedimentos técnicos de Vigilância Epidemiológica, como também o desenvolvimento de novas estruturas e estratégias capazes de atender aos desafios que vêm sendo colocados. Esse cenário, pressupõem uma constante atualização dos conteúdos, bem como ampliação do número de doenças sob vigilância.

Assim, participei na operacionalização da vigilância epidemiológica do grupo abrangido, compreendendo um ciclo de funções específicas e inter-complementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo-me conhecer, o comportamento da doença ou agravamento selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. Possibilitou-me reconhecer fatores de risco relacionados com os estilos de vida, e atingir mais uma competência **G4 – Realiza e Coopera na Vigilância Epidemiológica no âmbito Geodemográfico.**

Para além das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, também desenvolvemos ainda mais as competências gerais do Enfermeiro, que já constam do nosso curriculum profissional e nas quais baseamos diariamente a nossa prática, nos serviços onde exercemos funções.

Para mim o este estágio, mais que uma experiencia, foi sobretudo um desafio, visto estar a trabalhar com uma população que apresenta características muito específicas e com as quais não estou habituadas a trabalhar na minha prática diária.

O empenho e dedicação atribuído ao mesmo, foi vivido por mim como uma forma de interiorização e produção de conhecimentos, que penso contribuir para a melhoria da minha prática de enfermagem.

Julgo também que este trabalho me atribuiu uma grande maturidade académica e profissional, maiores capacidades e competências de trabalho em equipa, tão importantes para a nossa profissão.

Assim, ao terminar este relatório, julgo ter atingido os objetivos a que me propus inicialmente. Realizei uma descrição pormenorizada das atividades desenvolvidas durante o estágio, e utilizei um espírito crítico para uma reflexão exaustiva sobre as mesmas, evidenciando a forma enriquecedora como elas contribuíram para a minha aprendizagem e aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, descrito pelo perfil de Competências da Ordem dos Enfermeiros.

Estou convencida que as intervenções realizadas poderão contribuir com alguns benefícios para a adoção de estilos de vida saudáveis e, consequentemente, para a obtenção de ganhos em saúde, a longo prazo, nestes grupos.

BIBLIOGRAFIA

Afonso, Maria J. (2011). *Estilos de vida dos Adolescentes: Sexualidade e atividade física*. Dissertação Apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Exercício e saúde. Bragança. Acedido a 17 de Março de 2014 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4466/3/Tese%20Final%20MARIA%20JO%20S%20C%2089%20AFONSO%20-%20Junho%202011.pdf>

Albuquerque, C. & Oliveira, C. (sd). *Saúde e Doença: Significações e Perspetivas em Mudança*. Acedido a 28 de Março de 2014 em http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25_27.htm

Albuquerque, M. (2006). *Educação Pré-Escolar e Promoção da Saúde: Que necessidades de formação profissional contínua*. Dissertação com vista à obtenção do grau de Mestre em Saúde Escolar Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedido a 30 de Março de 2014 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1026/1/3638_tese%2520final3.pdf

Almeida, Maria (2003, Outubro). *A participação dos Enfermeiros na Promoção da Saúde*. Revista Ordem dos Enfermeiros, N.º 10, 46-48.

Almeida, Lúcio (2010). *Os Serviços de Saúde Pública e o Sistema de Saúde*. Revista Portuguesa de Saúde. Publica. 28(1), 79-92. Acedido a 19 de abril de 2014 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-90252010000100009&script=sci_arttext

Amaral, J. & Paixão, A. (s.d.). *Prevenção de Acidentes na Criança e Adolescente*. Acedido a 6 de Janeiro de 2015 em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/25/prevencao_de_acidentes_na_crianca_e_adolescente.pdf

Andrade, C., Junior, E., Lessa, T., Oliveira, W., (2009). *Manual prático de apoio à elaboração de planos municipais de Saúde*. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Acedido a 4 de maio de 2014 em

http://www2.saude.ba.gov.br/arquivos/MANUAL_PARA_ELABORA%C3%87%C3%83O_DE_PMS.pdf

Antunes, Maria (2008). *Promoção e Educação para a Saúde: Participação Comunitária como Proposta Metodológica*. In Bonito, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora. Centro de Investigação em Educação e Psicologia.

Assembleia da República (1990). Lei n.º 48/90, de 24 de agosto: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 195, 3452-3459. Acedido a 11 de março de 2014 em <http://dre.pt/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf~>

Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2012). *Adolescência*. Acedido a 10 de Abril de 2014 em <http://www.apn.org.pt/scid/webApn/defaultArticleViewOne.asp?articleID=420&categoryID=846>

Balsa, C., Vital, C., Urbano, C.,(2012). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa: Relatório Preliminar*. CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa.

Bolander, V.B. (1998). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa. Lusodidacta.

Branquinho, L. (2000). *Determinantes da Saúde na União Europeia*. Atas de Conferência de Évora. Lisboa. Ministério da Saúde.

Brissos, M. (2004). *O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde*. Revista Portuguesa de Saúde Publica. Acedido a 4 de Maio de 2014 em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>

Brito, R. (2012). *Os Hábito de Saúde dos Adolescentes*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Lisboa. Acedido a 15 Março de 2014 em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9521>

- Campos, F., Faria, H., Santos, M., (2010). *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2ª edição. Belo Horizonte. Acedido a 20 de abril de 2014 em [https://www.google.pt/?gws_rd=ssl#q=Campos%2C+F.%2C+Faria%2C+H.%2C+Santos%2C+M.%2C+\(2010\).+Planejamento+e+avalia%C3%A7%C3%A3o+das+a%C3%A7%C3%B5es+em+sa%C3%BAde.+2%C2%AAedi%C3%A7%C3%A3o.+Belo+Horizonte](https://www.google.pt/?gws_rd=ssl#q=Campos%2C+F.%2C+Faria%2C+H.%2C+Santos%2C+M.%2C+(2010).+Planejamento+e+avalia%C3%A7%C3%A3o+das+a%C3%A7%C3%B5es+em+sa%C3%BAde.+2%C2%AAedi%C3%A7%C3%A3o.+Belo+Horizonte).
- Candeias, Nelly (1997). *Conceitos de Educação e Promoção em saúde: Mudanças Individuais e mudanças*. Revista Saúde Pública, 31(2), 209-13. Acedido a 11 de março de 2014 em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>
- Cardoso, Chrystiane Mendonça (2006). *A influência da auto-eficácia na adesão aos comportamentos de Saúde*. Tese de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Psicologia.
- Carvalho, A & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lusociência. Acedido a 28 de Março de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5396>
- Carvalho, A.; Gonçalves, A.; Rodrigues, V.; & Carvalho (2007). *Situação de Risco para a Saúde de Jovens Adolescentes*. Acedido a 21 de Fevereiro de 2015 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6651>
- Carvalhosa, S., Domingos, A., Sequeira, C., (2010). *Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária*. Gerações. Análise Psicológica, 3 (XXVIII), 479-490. Acedido a 26 de maio de 2014 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v28n3/v28n3a08>
- Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2001). *Sexualidade Planeamento Familiar e Reprodução*. Lisboa: Coleção: Informar as Mulheres. Nº 14. Projeto: Redução das Desigualdades em Saúde. 6ª Edição. pp. 7-10.
- Conselho de Enfermagem (2009). *Parecer n.º 109/2009 – Educação Sexual na Escolas*. Acedido a 20 de janeiro de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf
- Craveiro, I. & Ferrinho, P. (2011, julho-dezembro). *Planear estrategicamente: a prática no SNS*. Revista portuguesa de saúde pública. Vol. 19, nº 2. Acedido a 14 de fevereiro de

2014 em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-03-2001.pdf>

Costa, M. (2008). *A prática dos enfermeiros na educação para a saúde dos adolescentes: a problemática dos comportamentos de risco na adolescência*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto Abel Salazar, Porto. Acedido a 19 de março de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7232>

Costa, Pedro Manuel Azevedo da (2009). *Comportamentos de Saúde dos Adolescentes: Adolescentes Escolarizados: um estudo efetuado com alunos do 3º ciclo e do ensino secundário*. Dissertação de Mestrado em Educação Área de Especialização Educação para a Saúde, Universidade do Minho. Acedido a 9 de março de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11520/1/TESE.pdf>

Costa, M. (2011). *Mais Saber, Melhor Enfermagem: A Repercussão da Formação na Qualidade de Cuidados*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. Acedido a 26 de Fevereiro de 2015 em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1576/Tese%20Doutoramento%20-%20Mais%20Saber,%20Melhor%20Enfermagem.pdf?sequence=1>

Cordeiro, Raúl (2007). *O planeamento de um programa de intervenção com adolescentes*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 23, 709-11. Acedido a 20 Janeiro de 2015 em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1445/1/O%20planeamento%20de%20um%20programa%20RPCG.pdf>

Correia, C.; Dias, F.; Coelho, M.; Page, P.; Vitorino, P. (2001). *Os enfermeiros em cuidados de saúde primários*. Revista portuguesa de Saúde, Pública. 2, 75-82. Acedido a 11 de março de 2014 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>

Cruz, T. (2004). *Adolescente, Família e o Profissional de Saúde*. Acedido a 29 de Abril de 2014 em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=100

Currie, C. ; Hurrelmann, K. ; Settertobulte, W. ; Smith, R. & Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people. International report from the Health Behaviour in*

- Scholl-aged Children (HBSC) 1997/98 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Acedido a 3 de Abril de 2014 em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/119571/E67880.pdf
- Currie, C. ; Samdal, O. ; Boyce, W. & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Acedido a 3 de Abril de 2014 em http://www.who.int/immunization/hpv/target/young_peoples_health_in_context_who_2011_2012.pdf
- Currie, C.; Roberts, C.; Morgan, A.; Smith, R.; Settertobulte, W.; Samdal, O. & Rasmussen, V. B. (2004). *Young people's Health in context. International report from the Health Behaviour in Scholl-aged Children (HBSC) 2001/2002 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Acedido a 3 de Abril de 2014 em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf
- Currie, C. ; Gabhainn, S. N. ; Godeau, E. ; Roberts, C. ; Smith, R. ; Currie, D. ; Pickett, W. ; Richter, M. ; Morgan, A. & Barnekow, V. (2008). *Inequalities in young people's health. International report from the Health Behaviour in Scholl-aged Children (HBSC)2005/2006 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Acedido a 3 de abril de 2014 em <http://www.hbsc.org>
- Davim, M; Germano, R; Menezes, R & Carlos, D. (2009, Abril/ junho). *Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida*. Revista. Rene, 10 (2), 131-140. Fortaleza. Acedido a 22 de Março de 2014 em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/500/pdf>
- Declaração do México (2000). *Promoção da Saúde: Rumo à maior equidade*. México. Acedido a 14 de Fevereiro de 2014 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Mexico.htm
- Dias, M.^a; Duque, A.; Silva, M. & Durá, E. (2004, setembro). *Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia?*. *Análise Psicológica*. 3 (XXII), 463-473. Acedido a 11 de março de 2014 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087082312004000300004&script=sci_arttext

Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2006a). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: DGS. Acedido a 28 de Maio de 2014 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fprogramas-de-saude-prioritarios.aspx&ei=0lfvVKHOHcmxUdT1gtgE&usg=AFQjCNFTdjB0tDgN0EopB_Zo1-y6hVMWJg&sig2=DPYosHQDjpRrnQw4smIaqQ&bvm=bv.86956481,d.bGQ4

Direcção Geral da Saúde (2006b). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho. Acedido a 28 de Fevereiro de 2014 em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>

Direcção Geral da Saúde (2011). *Prevenção do consumo de substâncias psicoativas*. Acedido a 3 de Abril de 2014 em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fsaude-ocupacional%2Fdocumentos-diversos%2Fpanfleto-prevencao-do-consumo-de-substancias-psicoativas-pdf.aspx&ei=1kQ9U56MLOii0QWmnYGoDA&usg=AFQjCNFGndME1cKG8sesnWBsiHDj5-1TvA&sig2=yooHA7zICTOruEnar6SzXw&bvm=bv.63934634>

Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS] (2010). *Projeto Educativo 2010-2013*. Acedido a 19 de novembro de 2013 em <http://www.drealentejo.pt/escolas/default.asp?IDEscola=19.~>

European Association for the study of Obesity (2012). *Obesity: The Gateway to Ill Health*. Acedido a 2 de abril de 2014 em <http://easo.org/>

Ferreira, M.; Alvim, N., Teixeira, M. & Veloso, R. (2007). *Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde*. Acedido a 11 de Abril de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200002

- Ferreira, M. (2008). *Estilos de vida na Adolescência: De necessidades em saúde à intervenção de Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Acedido a 18 de Março de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7166>
- Fonseca, V.; Sichieri, R.; Veiga, Valéria, G (1998). *Fatores associados à Obesidade em Adolescentes*. Revista de Saúde Pública, vol. 32 n.º 6. São Paulo. Acedido a 9 de Maio de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n6/v32n6a2496.pdf>
- Fonseca, M (2005). *Compreender os Adolescentes. Um Desafio para Pais e Educadores*. Lisboa. Editorial Presença.
- Fontes, R. (2007). *Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes - Estudo do impacte de um projeto de intervenção*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto Abel Salazar, Porto. Acedido a 19 de Março de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7267>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures:Lusodidacta
- Freitas, C. (s.d). *A Ética e a Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 26 de Fevereiro de 2015 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/A%20etica%20na%20enfermagem%20de%20Carlos%20Freitas%2006%20junho%202013.pdf>
- Gammer, C. & Cabié, M. (1999). *Adolescência e Crise Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Glanz, K. (1999). Teoria num Relance: Um Guia para a Prática da Promoção da Saúde. In Sardinha, L.; Matos, M.; Loureiro, I. (editores). *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Atividade Física, Nutrição e Tabagismo* (pp. 9-55). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Gomes, Ana (s.d.). Educação para a Saúde em contexto formal, não formal e informal. Acedido a 30 de Março de 2014 em http://enciga.org/files/boletins/73/IN_Gomes_Ana_CC_Educao_para_a_saude.pdf
- Gonçalves, Artur (2004). *Diferenças de Estilos de Vida entre populações jovens de Meio Rural (boticas) e de Meio Urbano (Braga)*. Dissertação submetida ao Instituto de Estudos da Criança (I.E.C.) da Universidade do Minho - Braga, para a obtenção do grau de Mestre

em Estudos da Criança -Promoção da Saúde e do Meio Ambiente. Braga. Acedido a 15 de Março de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/1022>

Gonçalves, Inês (2009). *Prática desportiva, Percepção de Saúde e Comportamento na Adolescência*. Monografia Realizada no âmbito da disciplina de seminário do 5º ano para obtenção do Grau de Licenciado em Desporto e Educação Física, na área de recreação de lazer, à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Porto. Acedido a 27 de Março de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22041/2/17283.pdf>

Gonçalves, Susana (2007). *Teorias da Aprendizagem, Práticas de Ensino*. Coimbra. ESEC, Edição policopiada. Acedido a 5 de Maio de 2014 em https://susgon.files.wordpress.com/2009/08/teorias_da_aprendizagem_praticas_de_ensino1.pdf

Greco, Rosângela (s.d.). *A função administrativa planejar como instrumento do processo de Trabalho do enfermeiro*. Acedido a 28 de abril de 2014 em <http://www.ufjf.br/admenf/files/2011/08/A-Fun%C3%A7%C3%A3o-Administrativa-Planejar-como-Instrumento-do-Processo-de-Trabalho-do-Enfermeiro.pdf>

Hibell, B.; Andersson, B.; Bjarnason, T.; Ahlstrom, S.; Balakireva, O.; Kokkevi, A. & Morgan, M. (2004). *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe. Acedido a 8 de Abril de 2014 em http://www.espad.org/uploads/espad_reports/2003/the_2003_espad_report.pdf

Hibell, B. ; Guttormsson, U.; Ahlstrom, S. ; Balakireva, O. ; Bjarnason, T. ; Kokkevi, A. & Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Acedido a 2 de Abril de 2014 em http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf

- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para Uso em Serviços Centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 3ª Edição.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para Uso em Serviços Centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- Imperatori, E. (1982). Avaliação. In Imperatori, E & Giraldes, M. (org.), *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para Uso em Serviços Centrais, regionais e locais (pp. 127-143). Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto do Desporto de Portugal (2009). *Orientações da União Europeia para a Atividade Física: Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar*. Acedido a 20 de Março de 2014 em http://www.idesporto.pt/ficheiros/File/Livro_IDPfinalJan09.pdf
- International Council of Nurses (2008). *Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care*. Acedido a 25 de Novembro de 2014 em http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf
- International Union for Health Promotion and Education (2007). *Construindo Escolas Promotoras de Saúde: Diretrizes para promover a saúde em meio escolar. Versão 2 do documento anterior denominado “protocolos e diretrizes para as escolas promotoras de saúde*. Acedido a 11 de Abril de 2014 em http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_POR.pdf
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Canadian Ministry of National Health and Welfare. Acedido a 20 de Março de 2014 em <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>
- Lancaster, J., Onega, L. & Forness, D. (1999). *Teorias, Modelos e Princípios Educacionais Aplicados à Enfermagem Comunitária*. In Stanhope, M. & Lancaster, J. (org.), *Enfermagem Comunitária* (4.ª edição – 265-284). Lisboa: Lusociência
- Lefrançois, G. R. (2008). *Teorias da Aprendizagem*. São Paulo. Cengage. Acedido a 25 de abril de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/pee/v13n2/v13n2a20.pdf>

- Lopes, M. (2012). *Hábitos de vida dos Adolescentes: Género, Ano de Escolaridade e Prática de Atividade Física*. Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Psicologia do Desporto. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Acedido a 29 de Julho de 2013 em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5153/1/Tese.pdf>
- Lopes, L.; Santos, S. (2010, Dezembro). *Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna*. Revista de Enfermagem Referência, 2 (III Série), 181-189. Acedido a 26 de Fevereiro de 2015 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a19.pdf>
- Martins, Maria (2005). *A Promoção da Saúde: Percursos e Paradigma*. Acedido a 30 de Março de 2014 em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>
- Matos, M., & Equipa do Projeto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.
- Matos, M.; Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde – Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Matos, M.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L., et al (2012). *A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. 1º Edição. Lisboa. Acedido a 14 de março de 2014 em http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalissimo.pdf
- Ministério da Educação (2001). *Currículo Nacional do Ensino Básico – Competências essenciais*. Departamento da Educação Básica. Lisboa. Ministério da Educação. Acedido a 11 de abril de 2014 em http://www.esamarante.edu.pt/oferta/Curriculo_Nacional_3ciclo.pdf

Ministério da Educação (2004). *Aprova a orgânica da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação*. Diário da República n.º 100 SÉRIE I-B, 2645-2648. Acedido a 5 de abril de 2014 em <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=20041175%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=Decreto&v12=17/2004&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>

Ministério da Educação (2006). *Educação Para a Saúde. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular*. Lisboa: Ministério da Educação. Acedido a 10 de abril de 2014 em http://sitio.dgidec.min-edu.pt/saude/Paginas/areas_Prioritarias.aspx0

Ministério da Educação (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular*. Lisboa. Ministério da Educação. Acedido a 2 de abril de 2014 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgidec.min-edu.pt%2Feducacaoosaude%2Fdata%2Feducacaoosaude%2Fspa%2Fconsumospa_prevencaoomeioescolar.pdf&ei=TmLvVPu5L8f-UsKtgfgN&usg=AFQjCNHudmrAgq6N97zHDTbyMKZu0WIFTw&sig2=58oyCn9areXBS0q-Vha4MQ

Ministério da Saúde (2006a). *Protocolo entre Ministério da Educação e o Ministério da Saúde*. Lisboa. Ministério da Educação. Consultado em 8 de Abril de 2014 em http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1CEEF249-8AA5-4B5F-BA05-866C7D3D57E8/0/ProtocoloME_MS.pdf

Ministério da Saúde (2006b). *Promoção de Saúde em Meio Escolar. Promoção de uma Alimentação Saudável*. Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Escolar. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 25 de Abril de 2014 em <http://www.dgs.pt/>

Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 09 de Abril. Diário da República Electrónico, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4). Acedido em 20 de Janeiro de 2015 em http://www.esrp.pt/paginaweb/legislacao/basico_secundario/portaria_196-A_2010.pdf

Morel, A.; Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Mota, Rita (2011). *Adolescer com saúde*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária. Acedido a 20 Janeiro de 2015
<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8898/1/Mestrado%20completo.pdf>

Mouro, Marta (2011). *Relatório de estágio – um percurso da comunidade para o hospital*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária. Acedido a 20 Fevereiro de 2014 em
http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9365/1/REL_ANEXOS_EC.MARTA_ICS_UCP.pdf

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2003). *Relatório Anual 2003: A Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Oliveira, Ana (2010). *Um Olhar sobre a Comunidade na Perspetiva do Centro de Saúde e Hospital*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Acedido a 14 de Fevereiro de 2014 em
http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7532/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Especialidade%20_%20final-PDF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (1998). Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril – *Regulamento para a Prática Profissional do Enfermeiro*. Acedido em 26 de Fevereiro de 2015 em
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Decreto-Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro – *Estatuto do Enfermeiro*. Diário da República Electrónico, 1.ª série, n.º 160, 6528-6550. Acedido em

26 de Fevereiro de 2015 em
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República Electrónico, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653. Acedido em 01 de Maio de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro – *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República electrónico, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669. Acedido em 26 de Fevereiro de 2015 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *O Planeamento em Saúde no âmbito do desenvolvimento Comunitário*. Acedido a 14 de Fevereiro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOplaneamentoemsaude.aspx>

Organização Mundial de Saúde [OMS] - Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978). *Declaração de Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. Acedido a 7 de março de 2014 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CEEQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.dgicd.min-edu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Fpromocaoeducacaosaude%2F1_alma_ata_nesase.pdf&ei=1BRXUf3AJNKu7Abfr4DwCg&usg=AFQjCNEWpG9rF_XxAqRYdpqJb_RAmab_JQ&bvm=bv.44442042,d.ZG

- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1985). *As Metas de Saúde para Todos: Metas de estratégia Regional Europeia de Saúde para todos*. Lisboa, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Canadá. Acedido a 21 de Fevereiro de 2014 em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1988). *As Recomendações da Conferência de Adelaide: Políticas Favoráveis à Saúde*. Acedido a 4 de Abril de 2014 em http://www.dgidc.minedu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaud e/3_adelaide_nesase.pdf
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Educación para la salud: manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*. Ginebra: OMS
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1997). *A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*. Acedido a 4 de Abril de 2014 em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_jakarta_1997.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde*. Acedido a 20 de março de 2014 em http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Estrategia_Global_portugues.pdf
- Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M.; Fernandes, (2011, Março). *O Empowerment: Modelo de Capacitação para uma nova Filosofia de Cuidados*. Revista Nursing, 267 (28), 8-15.
- Pereira, Raquel (2011). *Metodologia da Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde: uma proposta*. X Curso de Mestrado em Saúde Pública Especialização em Políticas e Administração de Saúde. Escola nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Acedido a 24 de Fevereiro de 2015 em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/9583/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Raquel%20Eus%C3%A9bio%20Pereira.pdf>
- Plataforma da UE sobre Dieta, Atividade Física e Saúde (2005). *Diet, Physical Activity and Health - A European Platform for Action*. Acedido a 2 de Abril de 2014

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/docs/platform_charter.pdf

PORTUGAL, Ministério da Educação e Ciência (1999). *A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde*. (2ª Edição). Lisboa: Ministério da Educação.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2002). *Carta do Caribe para a Promoção da Saúde*. Acedido a 4 de Abril de 2014 em

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde [DGS] (2002). *Manual de boas práticas em saúde oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais*. Divisão de Saúde escolar. Acedido a 25 de Abril de 2014 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde [DGS] (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 5 de março de 2014 em http://static.publico.clix.pt/docs/pesoamedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 25 de Fevereiro de 2014 em http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_orientaesestrategicas.pdf

PORTUGAL, Ministério da Educação e Ciência (2004b). *Escola Secundária Mouzinho da Silveira (ES/3)*. Direção Regional de Educação do Alentejo. Acedido a 9 de Maio de 2014 em <http://www.drealentejo.pt/escolas/default.asp?action=orgaos&IDEscola=19>

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde [DGS] (2005). Circular Normativa. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Despacho n.º 153/2005 – 2.ª série. Acedido a Maio de 2014 em https://www.saudeoral.minsaude.pt/sisoPnpsoRepo/Despacho_Ministerial_153_2005_de_5_Janeiro.pdf

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde [DGS] (2006a). Circular Normativa. Programa Nacional de Saúde Escolar. Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da

República n.º 110 de 7 de Junho. Acedido a 16 de Março de 2014 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde [DGS] (2006b). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Divisão de Saúde Escolar Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 4 de Abril de 2014 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2007). Portaria n.º 1368/2007. Diário da República, 1.^a série — N.º 201 — 18 de Outubro. Acedido a 26 de fevereiro de 2015 em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Portaria_1368_2007.pdf

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde [DGS] (2007a). *A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Acedido a 29 de Abril de 201 em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf>

PORTUGAL, Ministério da Educação e Ciência (2007b). *Avaliação externa das escolas relatório: Escola Secundária Mouzinho da Silveira Portalegre*. Inspeção Geral da Educação. Acedido a 10 de Maio de 2014 em http://www.ige.min-edu.pt/upload/AEE_2012_Alentejo&Algarve/AEE_2012_ES_Mouzinho_Silveira_R.pdf

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2008a). *Plano Nacional de Saúde Mental: Resumo Executivo. (2007-2016)*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Acedido a 2 de Abril de 2014 em <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde [DGS] (2008b). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Envelhecer com sabedoria, Atividade física para manter a Independência, mexa-se mais! – Dia internacional das pessoas idosas – 1 de Outubro*. Acedido a 29 de Abril de 2014 <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde [DGS] (2009a). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Portal da Saúde. Acedido a 6 de março de 2014 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2009/5/prevencao+acidentes.htm>

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde [DGS] (2009b). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016*. Acedido a 6 de março de 2014 em

<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/13C1DB83-21DA-471F-8CC4-ED447033949E/0/i010901.zip>

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 23 de Maio de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde [DGS] (2011). *Educação para a Saúde: Áreas de intervenção - Alimentação*. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <http://www.dgs.pt/?cn=5518554061236154AAAAAAA>

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012/2016*. Acedido a 26 de maio de 2014 em <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>

PORTUGAL, Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., (2013a). *Planeamento em Saúde*. Acedido a 4 de Maio de 2014 em <http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Paginas/default.aspx>

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde [DGS] (2013b). *Portugal: Alimentação Saudável em números – 2013: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Acedido a 28 de Maio de 2014 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Festatisticas-de-saude%2Festatisticas-de-saude%2Fpublicacoes%2Fportugal-alimentacao-saudavel-em-numeros-2013-pdf.aspx&ei=tMiFU6vPDqOb0QW1moHgCQ&usg=AFQjCNEckLuq5Wo3Iy670Cv_VSARIZJXeA&sig2=GD9JsihHzM207AX_T0S-2g&bvm=bv.67720277,d.ZGU

Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde* (9.^a edição). Loures: Lusociência.

Rocha, A., Marques, A., Figueiredo, C., Almeida, C., Batista, I., Almeida, J. (2011, julho/dezembro). *Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão Legislativa no Âmbito da Educação*. Revista Millenium. 41, 69-87. Acedido a 5 de abril de 2014 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium41/6.pdf>

- Sampaio, D. ; Baptista, M. ; Matos, M. & Silva, M. (2007). *Grupo de Trabalho de Educação Sexual: Relatório Final. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular*. Lisboa. Ministério da Educação. Acedido a 14 de Abril de 2014 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Festatisticas-de-saude%2Festatisticas-de-saude%2Fpublicacoes%2Fportugal-alimentacao-saudavel-em-numeros-2013-pdf.aspx&ei=tMiFU6vPDqOb0QW1moHgCQ&usg=AFQjCNEckLuq5Wo3Iy670Cv_VSARIZJXeA&sig2=GD9JsihHzM207AX_T0S-2g&bvm=bv.67720277,d.ZGU
- Sampaio, D. (2010). *Imagem Corporal e excesso de peso em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Biologia Humana e Ambiente. Universidade de Lisboa: Faculdade de Ciências. Departamento de Biologia Animal. Acedido a 29 de Julho de 2013 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3119/1/ulfc_tm_Daniel_Sampaio.pdf
- Santos, M. (2011). *Noções Introdutoras sobre o Processo de Planeamento*. Acedido a 4 de Maio de 2013 em http://home.uevora.pt/~mosantos/download/Planeamento_NocoesIntrodutorias_28Jul11.pdf
- Santos, A.; Dias, C.; Gonçalves, C. & Sakellarides, C. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégias Locais de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Acedido a 7 de Março de 2014 em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/ELS_1.pdf
- Santos, Neuza (s.d.). *Planejamento Estratégico: como foco na Gestão Hospitalar*. VII Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração. Acedido a 25 de abril de 2014 em http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_822.pdf
- Scliar, M. (1988, Abril-Junho). *O Nascimento da Saúde Pública*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 21(2), 87-88. Acedido a 26 de Fevereiro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v21n2/14.pdf>
- Simões, C. (2010). *Adolescentes e Comportamentos de Saúde*. Acedido a 6 de Janeiro de 2015 em <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/769>

Simões, Celeste (s.d.). *Adolescentes e Comportamentos de Saúde*. Acedido a 27 de março de 2014 em

<http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/769/1/Adolescentes%20e%20comportamento%20de%20sa%C3%BAde.pdf>

Simões, C.; Nogueira, C.; Lopes, D.; Santos, N. & Peres, S. (2011). *Os Enfermeiros e a Educação para a Saúde*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 4 de Março de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduc%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>

Schall, V. & Struchiner, M. (1999, Janeiro). *Educação em saúde: novas perspectivas*. Caderno Saúde Pública [online], volume 15, suplemento n.º 2. Acedido a 4 de Abril de 2013 em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001

Schenker, M & Minayo, M (2005). *Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência*. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 10(3), 707-7116. Acedido a 26 de Março de 2014 em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>

Tancredi, F., Barrios, S., Ferreira, J., (1998). *Planejamento em Saúde*. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. São Paulo. Acedido a 19 de Abril de 2014 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=24&cad=rja&uact=8&ved=0CE4QFjADOBQ&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F2949&ei=E4ZSU5nPKe3W7Qbh4oDICQ&usg=AFQjCNGoKD7n35_2M5x1mEp_1Jp7g7Vs-A&sig2=cA9vODWRgJRQyorv9GEUUg

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*: Cadernos de formação nº 2, Lisboa.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

Terence, A.; Filho, E. (2006) Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. XXVI ENEGEP – Fortaleza, Brasil. Acedido a 25 de Fevereiro de 2015 em http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf

- Torisu, Edmilson & Ferreira, Ana (2009). *A teoria social cognitiva e o ensino-aprendizagem da matemática: Considerações sobre as crenças de autoeficácia matemática*. Ciências & Cognição. 14 (3), 168-177. Acedido a 5 de Maio de 2014 em http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v14_3/m106.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime (2013). *World Drug Report 2013*. Acedido a 28 de Maio de 2014 em http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf
- World Health Organization [WHO] (1993). *The health of young people: A challenge and a promise*. Geneva. Acedido a 16 de Março de 2014 em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37353>
- World Health Organization [WHO] (1977). *Health needs of adolescents: Report of a WHO expert committee*. Technical Report Series 609. Geneva. Acedido a 21 de Março de 2014 em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41252?mode=full>
- World Health Organization [WHO] (2000). *European Alcohol Action Plan 2000-2005*. OMS: Regional Committee for Europe. Acedido a 20 de Março de 2014 <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>.
- World Health Organization [WHO] (2002a). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 19 de Abril de 2014 em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] (2002b). *World Health Report*. Acedido a 28 de maio de 2014 em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562072.pdf>
- World Health Organization [WHO] (2005). *The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations*. Geneva. Acedido a 20 de Março de 2014 em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf
- World Health Organization, Tobacco Free Initiative (2006). *Facts and figures about tobacco*. First Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, 6 a 17 de Fevereiro. Acedido a 15 de Abril de 2014 em <http://www.who.int/tobacco/fctc/tobacco%20factsheet%20for%20COP4.pdf>

- World Health Organization [WHO] (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*. Geneva: WHO. Acedido a 15 de Abril de 2014 em http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
- Vasconcelos, C., Praia, J., Almeida, L. (2003). *Teorias de Aprendizagem e o Ensino/Aprendizagem das Ciências: da Instrução à aprendizagem*. *Psicologia Escolar e Educacional*. 7 (1), 11-19. Acedido a 5 de Maio de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/pee/v7n1/v7n1a02.pdf>
- Vilaça, Teresa (s.d). *Dos Modelos de Educação para a Saúde Tradicionais aos Modelos de Capacitação: abordagens metodológicas da educação sexual em Portugal do 7º ao 12º ano de escolaridade*. Acedido a 5 de Maio de 2014 em. http://www.enciga.org/files/boletins/64/dos_modelos_de_educacao.pdf

APÊNDICES – FORMATO CD-ROM